



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ**



**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ**

**«ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ»**

**Διευθυντής ΠΜΣ: Αναπλ. Καθηγητής ΕΥΘΥΜΙΟΣ Γ.  
ΔΑΡΔΙΩΤΗΣ**

*Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία*

**Η ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΣΥΓΧΡΟΝΩΝ  
ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΔΕΠ-Υ.  
ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΚΑΙ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ**

**ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ ΠΑΝΤΖΑΡΤΖΙΔΟΥ**  
**ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ**

Υπεβλήθη για την εκπλήρωση μέρους των  
απαιτήσεων για την απόκτηση του  
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης  
**«ΝΕΥΡΟΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗ»**

Λάρισα, Δεκέμβριος 2021

«Βεβαιώνω ότι η παρούσα διπλωματική εργασία είναι αποτέλεσμα δικής μου δουλειάς και δεν αποτελεί προϊόν αντιγραφής. Στις δημοσιευμένες και μη δημοσιευμένες πηγές έχω χρησιμοποιήσει εισαγωγικά και όπου απαιτείται έχω παραθέσει τις πηγές τους στο τμήμα της βιβλιογραφίας:

Υπογραφή:

**ΠΑΝΤΖΑΡΤΖΙΔΟΥ ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ**

**Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα  
Ιατρικής, 2021**

**ΔΙΕΥΘΥΝΤΗΣ ΤΟΥ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΟΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ  
ΣΠΟΥΔΩΝ ΕΥΘΥΜΙΟΣ Γ. ΔΑΡΔΙΩΤΗΣ ΑΝΑΠΛΗΡΩΤΗΣ  
ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ  
ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**Επιβλέπων:**

**ΑΡΓΥΡΗΣ ΚΑΡΑΠΕΤΣΑΣ, ΤΜΗΜΑ: ΚΛΙΝΙΚΗΣ  
ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ–ΝΕΥΡΟΓΛΩΣΣΟΛΟΓΙΑΣ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ**

**Τριμελής Συμβουλευτική Επιτροπή:**

- 1. ΕΥΘΥΜΙΟΣ ΔΑΡΔΙΩΤΗΣ, ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΑΣ Π.Θ**
- 2. ΑΡΓΥΡΗΣ ΚΑΡΑΠΕΤΣΑΣ, ΟΜ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΝΕΥΡΟΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ – ΝΕΥΡΟΓΛΩΣΣΟΛΟΓΙΑΣ Π.Θ.**
- 3. ΓΡΗΓΟΡΙΟΣ ΝΑΣΙΟΣ, ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ  
ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ Π.Ι.**

**ΤΙΤΛΟΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΣΤΑ ΑΓΓΛΙΚΑ:**

**THE EFFECTIVENESS OF ADHD MODERN  
INTERVENTIONS. PROGRESS AND CONCERNS**

## ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η παρούσα διπλωματική εργασία, εκπονήθηκε στα πλαίσια της ολοκλήρωσης των μεταπτυχιακών μου σπουδών στη Σχολή Επιστημών Υγείας του τμήματος της Ιατρικής Σχολής της Λάρισας του Πανεπιστημίου Θεσσαλίας. Αποτελεί μια σύντομη ανασκόπηση των μέχρι τώρα δεδομένων για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) και ταυτόχρονα μία παρακολούθηση των συγχρόνων εξελίξεων.

Βασικό κριτήριο στην επιλογή του συγκεκριμένου θέματος, ήταν η ανάγκη μου να γνωρίσω καλύτερα για τη ΔΕΠ-Υ, ώστε να μπορώ να διαχωρίσω ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ από ένα απλά ζωνρό για την ηλικία του παιδί. Η συγκεκριμένη ανάγκη προέκυψε από την εμπειρία μου ως αναπληρώτρια ψυχολόγος σε σχολεία της Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης. Κατά τη διάρκεια της παρελθούσας σχολικής χρονιάς παρατήρησα τις δυσκολίες προσοχής και συγκέντρωσης κάποιων παιδιών κατά τη διάρκεια των μαθημάτων αλλά και τις δυσκολίες των γονέων και των καθηγητών να τις κατανοήσουν και να τις διαχειριστούν. Θεώρησα λοιπόν, ότι είναι αναγκαία και χρήσιμη η εμπειριστατωμένη ενασχόλησή μου με τη ΔΕΠ-Υ προκειμένου τόσο εγώ, όσο και οι γονείς/δάσκαλοι να μπορούν να κατανοήσουν πότε η δυσκολία συγκέντρωσης, η ζωνρότητα και η παρορμητικότητα αποτελούν ενδείξεις ύπαρξης διαταραχής και όχι χαρακτηριστικά στοιχεία. Η έγκαιρη και έγκυρη αυτή διάκριση θα συνέβαλε στην αποτελεσματική αντιμετώπιση των αντίστοιχων δυσκολιών και θα διευκόλυνε τόσο τους μαθητές όσο και την εκπαιδευτική διαδικασία στο σύνολό της.

Επιπλέον, η εμπειρία, το άσβεστο επιστημονικό ενδιαφέρον σε θέματα Νευροψυχολογίας του καθηγητή, κου Καραπέτσα, ήταν καθοριστικά για την επιλογή του ως επιβλέποντα της διπλωματικής μου εργασίας. Οι εισηγήσεις του κατά τη διάρκεια του μεταπτυχιακού αλλά και οι συζητήσεις που ακολουθούσαν με ενέπνευσαν και επηρέασαν την επιλογή του ως επόπτη. Τον ευχαριστώ θερμά για τη συμβολή του στην εκπόνηση της

εργασίας μου. Ωστόσο, θεωρώ υποχρέωση μου να ευχαριστήσω όλους τους καθηγητές του προγράμματος και ιδιαίτερα τον κο Δαρδιώτη, τον πρόεδρο του προγράμματος, τόσο για την άρτια οργάνωση του προγράμματος σπουδών όσο και για την επιλογή των εισηγητών. Θα ήταν μεγάλη παράλειψη να μην αναφερθώ στην διαθεσιμότητα και την υποστήριξη της κας Σατήρα, η οποία αποτελεί κατά τη γνώμη μου, έναν από τους «στυλοβάτες» του μεταπτυχιακού προγράμματος. Τέλος, οφείλω να ευχαριστήσω το σύζυγό μου, για την αμέριστη συμπαράσταση και την υπομονή του.

Το μεγαλύτερο όμως «Ευχαριστώ», το οφείλω στην Υπεραγία Θεοτόκο που με βοήθησε να φτάσω μέχρι εδώ.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η επιστημονική κοινότητα έχει καταλήξει ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή η οποία εμφανίζεται στην παιδική ηλικία και ακολουθεί το άτομο για την υπόλοιπη ζωή του. Περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα συμπτωμάτων με πρωτεύοντα την μειωμένη ικανότητα διατήρησης της προσοχής, την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα. Τα συμπτώματα αυτά επηρεάζουν την σχολική του επίδοση, τη συναισθηματική του κατάσταση, τις διαπροσωπικές του σχέσεις και προκαλούν σημαντική έκπτωση στην καθημερινή του λειτουργικότητα. Όταν δεν αναγνωρίζονται και αντιμετωπίζονται έγκαιρα, προκύπτουν σοβαρές αρνητικές επιπτώσεις σε ατομικό, οικογενειακό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο. Για το λόγο αυτό, έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες όσον αφορά το είδος των παρεμβάσεων που είναι πιο αποτελεσματικές στην αντιμετώπισή τους.

Σύμφωνα με τα πιο πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα, ο συνδυασμός φαρμακευτικών και μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων μπορεί να επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα σε σχέση με την εφαρμογή μεμονωμένων παρεμβάσεων. Η χρήση ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων, ιδίως σε περιπτώσεις αυξημένης συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές και η ύπαρξη συμπτωμάτων μεγάλης βαρύτητας αυξάνει την αποτελεσματικότητα των ψυχοπαιδαγωγικών παρεμβάσεων που εφαρμόζονται ταυτόχρονα στο σχολικό και οικογενειακό περιβάλλον. Η χρήση λογισμικών για τη βελτίωση ελλειμματικών νευροψυχολογικών λειτουργιών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αποτελεί το επίκεντρο του ερευνητικού ενδιαφέροντος τα τελευταία χρόνια και φαίνεται να λαμβάνει μία σημαντική θέση ανάμεσα στις μη φαρμακευτικές παρεμβάσεις. Στην παρούσα εργασία καταγράφονται επικαιροποιημένα δεδομένα για τις παραπάνω παρεμβάσεις.

Στο πρώτο και γενικό μέρος της εργασίας πραγματοποιείται μία ιστορική αναδρομή της ΔΕΠ-Υ, τίθεται ο ορισμός της, γίνεται αναφορά στην επιδημιολογία της και την εξέλιξή της κατά την ανάπτυξη του ατόμου. Επιπλέον, παρατίθενται πληροφορίες για την αιτιοπαθογένειά της και για τα σύγχρονα μέσα που χρησιμοποιούνται στην αξιολόγηση

για τη διάγνωσή της. Στο δεύτερο και ειδικό μέρος παρουσιάζονται οι γενικές αρχές προσέγγισης των θεραπευτικών παρεμβάσεων στη ΔΕΠ-Υ και περιγράφονται αναλυτικά νέες και καθιερωμένες παρεμβάσεις ενώ παράλληλα τίθενται σχετικές ανησυχίες και προβληματισμοί.

**ΛΕΞΕΙΣ-ΚΛΕΙΔΙΑ:** νευροαναπτυξιακή διαταραχή, διατήρηση προσοχής, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα

## **ABSTRACT**

The scientific community has concluded that ADHD is a neurodevelopmental disorder that occurs in childhood and follows the individual for the rest of his life. It includes a wide range of symptoms, primarily reduced attention span, hyperactivity and impulsivity. Those symptoms affect the individual's school performance, emotional state, interpersonal relationships and cause a significant reduction in his daily functioning. When not recognized and treated in a timely manner, serious negative consequences arise at personal, family and socio-economic level. For this reason, a lot of research has been done on the type of interventions that are most effective in dealing with it.

According to the latest research data, the combination of pharmaceutical and non-pharmaceutical interventions can bring the best results when implementing individual interventions. The use of psychostimulant drugs, especially in cases of increased comorbidity of ADHD with other disorders and the existence of severe symptoms increases the effectiveness of psychopedagogical interventions that are applied simultaneously in the school and family environment. The use of software to improve deficient neuropsychological functions in children with ADHD has been the focus of research interest in recent years and seems to be gaining an important place among non-pharmacological interventions. In the present work, updated data for the above interventions are recorded.

In the first and general part of the work, a historical review of ADHD is made, its definition is set, reference is made to its epidemiology and its evolution during the development of the individual. In addition, information is provided on its etiology and on the modern means used in the evaluation for its diagnosis. The second and special part presents the general principles of approach to therapeutic interventions in ADHD and describes in detail new and established interventions while at the same time relevant concerns are raised.

**KEY WORDS:** neurodevelopmental disorder, attention deficit hyperactivity disorder, impulsivity



## **ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

<b>ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....</b>	<b>3</b>
<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....</b>	<b>5</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>7</b>
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....</b>	<b>13</b>
<b>ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>	
<b>1.ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....</b>	<b>14</b>
<b>1.1 Η ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ GEORGE STILL.....</b>	<b>15</b>
<b>1.2 ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ.....</b>	<b>16</b>
<b>1.3 ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΥ</b>	
<b>ΠΑΙΔΙΟΥ.....</b>	<b>17</b>
<b>1.4 ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΩΝ WENDER (1971) ΚΑΙ DOUGLAS</b>	
<b>(1972).....</b>	<b>18</b>
<b>1.5 ΑΛΛΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΤΗΣ</b>	
<b>ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕΧΡΙ ΤΟ 2000.....</b>	<b>19</b>
<b>1.6 Η ΔΕΠ-Υ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΙΑΓΩΝΤΙΚΩΝ</b>	
<b>ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ.....</b>	<b>19</b>
<b>1.7 ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠ-Υ ΤΟΝ</b>	
<b>21<sup>ο</sup> ΑΙΩΝΑ.....</b>	<b>21</b>
<b>2. ΟΡΙΣΜΟΣ.....</b>	<b>23</b>
<b>3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ.....</b>	<b>25</b>
<b>4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ.....</b>	<b>26</b>

<b>5. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΑΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ.....</b>	<b>29</b>
<b>5.1 Η ΔΕΠ-Υ ΣΤΗ ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....</b>	<b>30</b>
<b>5.2 Η ΔΕΠ-Υ ΣΤΗ ΝΗΠΙΑΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....</b>	<b>31</b>
<b>5.3 Η ΔΕΠ-Υ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ.....</b>	<b>33</b>
<b>5.4 Η ΔΕΠ-Υ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ.....</b>	<b>35</b>
<b>5.5 Η ΔΕΠ-Υ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ.....</b>	<b>36</b>
<b>6. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....</b>	<b>37</b>
<b>6.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ.....</b>	<b>37</b>
<b>6.2 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ.....</b>	<b>39</b>
<b>6.3 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ (ΠΡΟ/ΠΕΡΙ-ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ).....</b>	<b>42</b>
<b>6.4 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ.....</b>	<b>43</b>
<b>7. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....</b>	<b>44</b>
<b>7.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟ DSM-5.....</b>	<b>45</b>
<b>7.2 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ.....</b>	<b>49</b>
<b>7.3 Η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ.....</b>	<b>50</b>
<b>7.4 Η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ.....</b>	<b>51</b>
<b>7.5 Η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ.....</b>	<b>52</b>
<b>7.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ.....</b>	<b>52</b>
<b>7.7 ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ.....</b>	<b>53</b>
<b>7.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ.....</b>	<b>54</b>

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

<b>8. Η ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....</b>	<b>55</b>
<b>8.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ     ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....</b>	<b>59</b>
<b>8.2 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΝΩΣΤΙΚΟΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ     ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....</b>	<b>60</b>
<b>8.3 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΕΜΠΛΟΚΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ     ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....</b>	<b>61</b>
<b>8.4 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΕΜΠΛΟΚΗΣ ΤΩΝ     ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ     ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....</b>	<b>62</b>
<b>8.5 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΕΜΠΛΟΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ     ΜΕ ΔΕΠΥ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ.....</b>	<b>63</b>
<b>8.6 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ     ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ.....</b>	<b>65</b>
<b>9. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΕΠ-Υ.....</b>	<b>66</b>
<b>9.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>68</b>
<b>9.2 ΨΥΧΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>71</b>
<b>9.2.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ         ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΔΕΠ-Υ.....</b>	<b>71</b>
<b>9.2.2 ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ         ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΔΕΠ-Υ.....</b>	<b>75</b>
<b>9.2.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ         ΜΕ ΔΕΠ-Υ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ         ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ.....</b>	<b>76</b>
<b>9.2.4 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ         ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΤΕΧΝΙΚΕΣ         ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ.....</b>	<b>77</b>

<b>9.2.5 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ.....</b>	<b>79</b>
<b>9.2.6 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΣΕ ΑΛΛΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΘΕΜΑΤΑ.....</b>	<b>81</b>
<b>9.2.7 Η ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ..</b>	<b>82</b>
<b>9.2.8 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΑΞΗ.....</b>	<b>83</b>
<b>9.2.9 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ.....</b>	<b>85</b>
<b>9.2.10 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΩΝ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΕΠ-Υ.....</b>	<b>89</b>
<b>9.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ.....</b>	<b>92</b>
<b>9.4 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ.....</b>	<b>95</b>
<b>9.4.1 ΒΙΟΑΝΑΤΡΟΦΟΛΟΤΗΣΗ ΜΕΣΩ ΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ.....</b>	<b>95</b>
<b>9.4.2 ΆΛΛΕΣ ΘΕΡΑΠΕΙΕΣ ΔΙΕΓΕΡΣΗΣ ΤΟΥ ΕΓΚΕΦΑΛΟΥ.....</b>	<b>96</b>
<b>9.4.3 ΝΕΥΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ.....</b>	<b>97</b>
<b>9.4.4 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΥΑΖΟΥΝ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΓΓΙΓΜΑ ΚΑΙ ΤΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΕΞΑΣΚΗΣΗ.....</b>	<b>100</b>

9.4.5 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ.....	101
9.4.6 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΘΛΗΜΑΤΑ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΔΕΠ-Υ.....	102
9.4.7 ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΣΩ ΙΠΠΑΣΙΑΣ.....	103
9.4.8 Η ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ ΩΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΔΕΠ-Υ.....	103
9.4.9 ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΣΩ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΕΝΣΥΝΕΙΔΗΤΟΤΗΤΑ.....	103
9.4.10 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ, ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ.....	104
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	105
ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ/ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	106
ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	107
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	108

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο όρος ΔΕΠ-Υ, χρησιμοποιείται ως συντομογραφία του όρου Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας και στη διεθνή βιβλιογραφία συναντάται ως Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Η ΔΕΠ-Υ είναι μια από τις πιο συχνές νευροαναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Τα συμπτώματά της τείνουν να γίνονται αντιληπτά σε νεαρή ηλικία και μπορεί να γίνουν πιο αισθητά όταν αλλάζουν οι συνθήκες του παιδιού, όπως όταν ξεκινάει το σχολείο. Τις περισσότερες φορές η διάγνωση τίθεται για πρώτη φορά στην παιδική ηλικία (6 έως 12 ετών) και διαρκεί μέχρι την ενήλικη ζωή. Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ συνήθως βελτιώνονται με την ηλικία, αλλά πολλοί ενήλικες που διαγνώστηκαν με την πάθηση σε νεαρή ηλικία συνεχίζουν να αντιμετωπίζουν προβλήματα και στην υπόλοιπη ζωή τους. Υπολογίζεται ότι το 8,4% των παιδιών και το 2,5% των ενηλίκων έχουν ΔΕΠ-Υ.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως δυσκολεύονται να συγκεντρώσουν την προσοχή τους, να ελέγξουν τις παρορμητικές συμπεριφορές τους (ενεργούν χωρίς να σκέφτονται ποιο θα είναι το αποτέλεσμα) ή είναι υπερβολικά ενεργητικά. Η κατάσταση αυτή επηρεάζει σημαντικά την καθημερινή τους λειτουργικότητα και δημιουργεί προβλήματα στην οικογένεια, το σχολείο και τις παρέες. Είναι πιο συχνή στα αγόρια παρά στα κορίτσια. Πολλά παιδιά περνούν από φάσεις όπου είναι ανήσυχα ή απρόσεκτα. Αυτό είναι συχνά εντελώς φυσιολογικό και δεν σημαίνει απαραίτητα ότι έχουν ΔΕΠ-Υ. Παρόλο όμως που η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ τίθεται από ειδικό παιδοψυχίατρο, είναι χρήσιμο το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο (γονείς, παιδαγωγοί) να αναγνωρίζουν τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής, προκειμένου αφενός να μην δημιουργείται αίσθημα πανικού και ανησυχίας από αναμενόμενες δυσκολίες προσοχής/συγκέντρωσης/συμπεριφοράς της παιδικής ηλικίας, αφετέρου να γίνεται η έγκαιρη παραπομπή σε ειδικό με σκοπό τη διερεύνηση, τη διάγνωση και την αντιμετώπισή της.

Πολλές επιστημονικές μελέτες και εργασίες πραγματοποιούνται γύρω από τη ΔΕΠ-Υ με απώτερο σκοπό την ολιστική πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση του κοινωνικού συνόλου. Η παρούσα εργασία

μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης ευελπιστεί να συμβάλλει με τη σειρά της σε μία θεωρητική «ψηλάφηση» της διαταραχής, κάνοντας τον αναγνώστη ενήμερο για την ταυτότητα, τις αιτίες, τις συνέπειες και τις σύγχρονες παρεμβάσεις της.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### 1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η αναδρομή στην εξέλιξη της ΔΕΠ-Υ μέσα στους αιώνες αποτελεί βασική προϋπόθεση προκειμένου να έρθουν στην επιφάνεια οι αντιλήψεις που επικρατούσαν γι' αυτήν κάθε εποχή, οι οποίες και επηρέαζαν τους τρόπους αντιμετώπισής της τότε αλλά και σήμερα. Επιστήμονες και λογοτέχνες ασχολήθηκαν με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ τα οποία περιέγραψαν, δίνοντάς τους διαφορετική κάθε φορά ονομασία. Δύομισι περίπου αιώνες έχουν περάσει από την καταγραφή της διαταραχής στην ιατρική και γενικά στην επιστημονική βιβλιογραφία.

Στην αρχαιότητα, πρώτος ο Ιπποκράτης παρατήρησε ότι κάποιοι ασθενείς του εμφάνιζαν ταχείες αντιδράσεις στα αισθητηριακά ερεθίσματα και ελαττωμένη προσοχή. Τότε υπέθεσε, ότι θα βοηθούσε η πλούσια σε ψάρι και νερό διατροφή, μαζί με αυξημένες φυσικές δραστηριότητες. Στη συνέχεια, το όπιο συστήνεται από το Γαληνό ως μέσο αντιμετώπισης της ενεργητικότητας και της έντονης κινητικότητας των παιδιών. Στη λογοτεχνία, ο Σαίξπηρ σε έναν από τους χαρακτήρες μέσα στο έργο του «Βασιλιάς Ερρίκος ο Όγδοος» αναφέρεται σε μια αρρώστια της προσοχής [1]. Αλλά και ο Γερμανός ψυχίατρος Heinrich Hoffman, στα μέσα του 19<sup>ου</sup> αιώνα, εκδίδει μια ποιητική συλλογή στην οποία βρίσκει κανείς 2 ποιήματα, στο ένα εκ των οποίων περιγράφει ένα υπερκινητικό παιδί και στο άλλο ένα άτακτο και ονειροπόλο [2].

Η πρώτη γνωστή επιστημονική αναφορά στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ συναντάται το 1775 σε ένα σύγγραμμα του Γερμανού γιατρού Melchior Adam Weikard [3]. Εκεί, στην ενότητα που αναφέρεται στις

«Ασθένειες του πνεύματος», αφιερώνεται ένα κεφάλαιο στις διαταραχές της προσοχής, όπου περιγράφονται αναλυτικά ενήλικες και παιδιά απρόσεκτα, παρορμητικά, υπερκινητικά που εμφανίζουν μειωμένη προσπάθεια και εύκολη παραίτηση. 23 χρόνια αργότερα, ο Σκωτσέζος γιατρός Sir Alexander Crichton, σε βιβλίο του αφιερώνει ένα κεφάλαιο στις «διαταραχές της προσοχής» επισημαίνοντας ότι αυτές μπορούν να προκύψουν είτε ως απότοκο εγγενών παραγόντων ή έκθεσης σε ασθένειες που επηρεάζουν τα νεύρα και τον εγκέφαλο [4]. Επίσης, γίνεται αναφορά στην εκπαίδευση κατά την προσχολική ηλικία, ως παράγοντα προαγωγής και ενδυνάμωσης της προσοχής. Λίγο αργότερα ο William James, στο βιβλίο του «αρχές Ψυχολογίας» αναφέρεται σε μια φυσιολογική παραλλαγή του χαρακτήρα, την οποία αποκάλεσε «εκρηκτική βούληση», η οποία εμφανίζει δυσκολίες, παρόμοιες με αυτές των ατόμων με ΔΕΠ-Υ [5].

### **1.1 Η ΑΠΟΨΗ ΤΟΥ GEORGE STILL**

Το 1902, ο Βρετανός γιατρός George Still περιέγραψε 43 παιδιά, τα οποία εμφάνιζαν τα εξής χαρακτηριστικά: προβλήματα στην παρατεταμένη προσοχή, υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, επιθετικότητα, απειθαρχία, έντονες συναισθηματικές εξάρσεις και αδιαφορία για την τιμωρία [6]. Ο Still θεώρησε ότι τα παιδιά με αυτά τα χαρακτηριστικά ήταν άτομα με έλλειμμα στην «αναστολή της βούλησης» και στον «ηθικό έλεγχο» της συμπεριφοράς τους. Παρατήρησε ότι η αναλογία αγοριών και κοριτσιών ήταν 3:1, ότι η διαταραχή στα περισσότερα παιδιά εκδηλωνόταν πριν από την ηλικία των 8 ετών και ότι στην πλειοψηφία των περιπτώσεων, δεν υπήρχε συσχέτιση ανάμεσα στο δείκτη νοημοσύνης και τη διαταραχή. Ως προς το οικογενειακό περιβάλλον, παρατήρησε ότι σε κάποιες οικογένειες, οι συνθήκες ήταν χαοτικές και σε κάποιες άλλες ευνοϊκές για την ανατροφή των παιδιών. Ο αλκοολισμός, η εγκληματικότητα και οι συναισθηματικές διαταραχές παρουσιάζονταν συχνά στους βιολογικούς συγγενείς των παιδιών ενώ και στα ίδια τα παιδιά αυξάνονταν η πιθανότητα εμφάνισης εγκληματικής συμπεριφοράς κατά την ενηλικίωση.



Ο Still, απέδιδε την εμφάνιση της διαταραχής σε κληρονομικούς παράγοντες ή σε τραυματισμούς (προ- ή μετα-γενετικούς). Γι' αυτόν, η μειωμένη ή η ελλειμματική ανάπτυξη της βούλησης, της ηθικής συνείδησης και της παρατεταμένης προσοχής οφείλονταν στην ίδια νευρολογική ανεπάρκεια. Επειδή όμως οι παραπάνω λειτουργίες είναι ήδη μειωμένες στα παιδιά μικρής ηλικίας για να αποφανθεί κανείς αν είναι ανεπαρκώς ανεπτυγμένες χρειάζεται οι συγκρίσεις να γίνουν μεταξύ παιδιών ίδιας ηλικιακής ομάδας και να ληφθούν υπόψη οι ατομικές διαφορές στο ρυθμό ανάπτυξης των παραπάνω λειτουργιών, οι οποίες αποδίδονται σε εξωγενείς και ενδογενείς παράγοντες. Η τοποθέτησή του αυτή, ήταν πρωτοποριακή και καθοριστική στην αναπτυξιακή προσέγγιση κατά τη διάγνωση της διαταραχής.

## **1.2 ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΗΣ ΕΓΚΕΦΑΛΙΚΗΣ ΒΛΑΒΗΣ**

Στη δημιουργία της θεωρίας του Συνδρόμου της Ελάχιστης Εγκεφαλικής βλάβης, συνέβαλαν τόσο μια επιδημία εγκεφαλίτιδας που παρουσιάστηκε στη βόρεια Αμερική (1917-1918), της οποίας οι επιζήσαντες εμφάνιζαν διαταραχές προσοχής, παρορμητικότητα, υπερκινητικότητα και αντικοινωνική συμπεριφορά, όσο και ο Β' Παγκόσμιος πόλεμος, μετά τον οποίο μελετήθηκαν πολλά άτομα με εγκεφαλικά τραύματα, τα οποία μετά τον τραυματισμό παρουσίαζαν υπερκινητικότητα, νευρικότητα και ανυπομονησία [7,8]. Με «ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη» διαγιγνώσκονταν παιδιά που εκδήλωναν τα παραπάνω συμπτώματα, παρόλο που ήταν λίγες ή δεν υπήρχαν νευρολογικές ενδείξεις. Σταδιακά ο όρος «ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη» έδωσε τη θέση του στον όρο «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία», ο οποίος υποδήλωνε ηπιότερο οργανικό υπόβαθρο για τη διαταραχή. Η παρέμβαση που προτάθηκε αφορούσε τροποποιήσεις στο εκπαιδευτικό περιβάλλον», όπου τα ερεθίσματά έπρεπε να είναι περιορισμένα και άχρωμα. Στη φαρμακευτική αντιμετώπιση των διαταραχών της συμπεριφοράς, αρχίζει να γίνεται λόγος σε δημοσιεύσεις εκείνης της περιόδου. Σημαντική ιστορικά στη μελέτη της αιτιολογίας της διαταραχής υπήρξε και η έρευνα των Laufer και των συνεργατών του, οι οποίοι απέδωσαν τη διαταραχή σε

συγκεκριμένο βιολογικό μηχανισμό [9].

### 1.3 ΤΟ ΣΥΝΔΡΟΜΟ ΤΟΥ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Σταδιακά, ο όρος «Σύνδρομο της ελάχιστης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας» άρχισε να χάνεται από το επιστημονικό προσκήνιο και να εισάγεται ο όρος «Σύνδρομο του υπερκινητικού παιδιού». Ο Chess περιέγραψε το υπερκινητικό παιδί ως εξής: «Υπερκινητικό είναι το παιδί που εκτελεί δραστηριότητες με ρυθμό ταχύτερο από το φυσιολογικό ρυθμό ενός μέσου παιδιού ή το παιδί που βρίσκεται διαρκώς σε κίνηση ή ένας συνδυασμός και των δύο» [10]. Το άρθρο του «διάγνωση και αντιμετώπιση του υπερκινητικού παιδιού» αποτελεί έναυσμα για την προώθηση της επιστημονικής έρευνας τόσο στο κομμάτι της διάγνωσης όσο και της θεραπείας, η οποία περιλαμβάνει τη συμβουλευτική γονέων, την τροποποίηση της συμπεριφοράς, την ψυχοθεραπεία, τη φαρμακευτική αγωγή και την ειδική αγωγή [11]. Με βάση τις εισηγήσεις άλλων ερευνητών άρχισε να διαμορφώνεται η λανθασμένη άποψη ότι τα συμπτώματά της αφορούν αποκλειστικά τα παιδιά.

Στην πρώτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου των Ψυχικών Διαταραχών της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM-I, American Psychiatric Association), δεν υπάρχει κάποια αναφορά στις διαταραχές των παιδιών [12]. Ωστόσο, στη 2<sup>η</sup> έκδοσή του, το σύνδρομο του υπερκινητικού παιδιού μετακαλείται σε «Υπερκινητική αντίδραση στη παιδική ηλικία» και περιγράφεται ως εξής: «Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από αυξημένη κινητική δραστηριότητα, αεικινήσια, εύκολη διάσπαση της προσοχής και μειωμένη διάρκεια προσοχής, ιδιαίτερα στα μικρότερα παιδιά και τα συμπτώματα της συνήθως εξασθενούν στην εφηβεία». Επιπλέον, μέχρι τη δεκαετία του 1970, ο κύριος τρόπος αντιμετώπισης της διαταραχής περιελάμβανε τα διεγερτικά φάρμακα, την ψυχοθεραπεία και τη μείωση των ερεθισμάτων μέσα στις τάξεις του σχολείου.

#### 1.4 ΘΕΩΡΙΕΣ ΤΩΝ WENDER (1971) ΚΑΙ DOUGLAS (1972)

Πλήθος ερευνών που αφορούσαν την υπερκινητικότητα δημοσιεύθηκαν κατά τη δεκαετία 1970-79. Οι απόψεις που είχαν μεγαλύτερη απήχηση ωστόσο, ήταν του Wender και της Douglas [13,14].

Ο Wender κατηγοριοποίησε τα ψυχολογικά χαρακτηριστικά των παιδιών με ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία στους εξής τομείς: αντιληπτική-γνωστική λειτουργία, σχολικές επιδόσεις, κινητική συμπεριφορά, διαπροσωπικές σχέσεις, αυτορρύθμιση, συναίσθημα. Ο Wender αποδίδει τα ελλείματα στα παραπάνω χαρακτηριστικά στην α)ελαττωμένη αντίδραση στην εμπειρία της απόλαυσης και του πόνου με αποτέλεσμα την ελαττωμένη ευαισθησία στην ανταμοιβή και την τιμωρία β) στο υψηλό επίπεδο δραστηριοποίησης και στην εκ των πραγμάτων αναποτελεσματική του αντιμετώπιση και γ)στην έντονη εξωστρέφεια που οδηγεί σε χαμηλό επίπεδο ανοχής στη ματαίωση.

Η Douglas στη θεωρία της απέδωσε τις δυσκολίες των παιδιών όχι στην υπερκινητικότητα αλλά στην ελλειμματική παρατεταμένη προσοχή και την ελλειμματική αυτορρύθμιση. Συγκεκριμένα, κατέληξε ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, είναι απότοκα ελλειμάτων στη δυνατότητα συγκράτησης των παρορμητικών αντιδράσεων, στην οργάνωση και διατήρηση της προσοχής και της προσπάθειας, στη ροπή για αναζήτηση άμεσης ενίσχυσης, στον έλεγχο της εγρήγορης ανάλογα με τις απαιτήσεις των συνθηκών. Η συμβολή της θεωρίας της στη μελέτη της ΔΕΠ-Υ ήταν πολύπλευρη και τόσο σημαντική, ώστε η διαταραχή να μετονομασθεί σε «Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής» στο DSM – III [15]. Πλέον, η υπερκινητικότητα δεν θεωρούνταν ο πιο σημαντικός παράγοντας για τη διάγνωση αλλά οι ελλείψεις στην παρατεταμένη προσοχή και στον έλεγχο της συμπεριφοράς.

## **1.5 ΑΛΛΕΣ ΘΕΩΡΙΕΣ ΚΑΙ ΚΑΤΕΥΘΥΝΣΕΙΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ ΜΕΧΡΙ ΤΟ 2000**

Η κακή διατροφή και συγκεκριμένα η αλλεργική ή τοξική αντίδραση σε ορισμένα συστατικά της διατροφής όπως οι τεχνητές χρωστικές ουσίες ή τα συντηρητικά ενοχοποιήθηκαν για την υπερκινητικότητα των παιδιών από τον Feingold, κάτι που δεν επιβεβαιώθηκε από μετέπειτα έρευνες [16]. Από την άλλη, ο Block διατύπωσε την άποψη ότι οι ταχείς ρυθμοί των πολυπολιτισμικών αλλαγών αποτελούν πρόσφορο έδαφος εκδήλωσης της διαταραχής σε παιδιά με προδιάθεση στην υπερκινητικότητα [17]. Διατυπώθηκαν επίσης θεωρίες που απέδιδαν τη διαταραχή σε λανθασμένη γονική συμπεριφορά και συγκεκριμένα σε απουσία ανοχής στην αυξημένη δραστηριότητα των βρεφών. Στα επόμενα χρόνια, οι θεωρίες αυτές επηρέασαν την αντιμετώπιση της διαταραχής, αν και ήταν ελλιπή τα επιστημονικά δεδομένα που τις υποστήριζαν.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, η ΔΕΠ-Υ θεωρούνταν μία χρονίζουσα αναπτυξιακή διαταραχή, με έντονη βιολογική προδιάθεση, η οποία επηρέαζε αρνητικά την εξέλιξη των παιδιών στο σχολικό και κοινωνικό πλαίσιο. Τη δεκαετία του 1990 μελετάται συστηματικά το νευροβιολογικό και γενετικό υπόβαθρο της διαταραχής. Πλέον γίνεται σαφές ότι: α) δεν προκύπτει από κοινωνικές και οικογενειακές επιδράσεις β) αυτό που τη ξεχωρίζει από άλλες αναπτυξιακές διαταραχές είναι το έλλειμμα στη συγκράτηση των ακατάλληλων αντιδράσεων και γ) εξακολουθεί να υπάρχει στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή.

## **1.6 Η ΔΕΠ-Υ ΣΤΗΝ ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΝΣΤΙΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ**

Στην 3<sup>η</sup> έκδοση του DSM, το σύνδρομο πλέον ονομάζεται «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής» με ή χωρίς υπερκινητικότητα και αναφέρονται 3 βασικές διαστάσεις της διαταραχής: η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα και η απροσεξία. Είναι απαραίτητη η ύπαρξη συμπτωμάτων και από τις 3 κατηγορίες για να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ με υπερκινητικότητα ενώ για τη

διάγνωση της ΔΕΠ-Υ χωρίς υπερκινητικότητα (ΔΕΠ) χρειάζεται να εμφανίζεται μόνο απροσεξία και παρορμητικότητα. Η «Διαταραχή της Ελλειμματικής Προσοχής χωρίς Υπερκινητικότητα» αντικαθίσταται από την ονομασία «Διαταραχή Αδιαφοροποίησης Ελλειμματικής Προσοχής», χωρίς να υπάρχουν αρκετά δεδομένα για να την υποστηρίξουν. Επιπλέον, η διαταραχή δεν διαγιγνώσκεται όταν συνυπάρχουν άλλες ψυχικές διαταραχές.

Στην αναθεώρηση της έκδοσης του DSM (DSM-III-R), το σύνδρομο ονομάζεται πλέον «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα» και η ονομασία αυτή κατοχυρώνεται στο εξής. Η ΔΕΠ-Υ συμπεριλαμβάνεται στις «Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς» και για τη διάγνωσή της απαραίτητη είναι η παρουσία τουλάχιστον 8 από τα 14 συμπτώματα που την απαρτίζουν.

Στην τέταρτη έκδοση του DSM-IV, η ΔΕΠ-Υ διατηρεί την ονομασία της ως έχει (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα) και μαζί με την Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή και τη Διαταραχή Διαγωγής υπάγονται πλέον στην κατηγορία των διαταραχών «Ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς» [18]. Σε αυτή την έκδοση επισημαίνονται δύο κατηγορίες συμπτωμάτων για τη διαταραχή. Η πρώτη κατηγορία περιλαμβάνει συμπτώματα της διαταραχής της προσοχής και η δεύτερη της υπερκινητικής-παρορμητικής συμπεριφοράς. Όταν πληρούνται τα κριτήρια και των δύο κατηγοριών, τότε τίθεται η διάγνωση «ΔΕΠ-Υ συνδυασμένος τύπος». Κάτι άλλο σημαντικό που καθορίζεται στο DSM-IV προκειμένου να διαγνωσθεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, είναι να εμφανίζει σοβαρή έκπτωση της λειτουργικότητάς του σε 2 ή περισσότερα πλαίσια.

Στο DSM-5, η ΔΕΠ-Υ ανήκει στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές και δεν σημειώνονται σημαντικές αλλαγές στα διαγνωστικά της κριτήρια [19]. Τη θέση των 3 τύπων ΔΕΠ-Υ παίρνουν οι 3 διαφορετικές παρουσίες ταξινόμησης της διαταραχής. Κριτήριο 1<sup>ης</sup> παρουσίας των συμπτωμάτων τίθενται τα 12 αντί για τα 7 έτη, ενώ για να διαγνωσθούν οι έφηβοι ή οι ενήλικες απαιτούνται 5 αντί για 6 κριτήρια. Σε επόμενο κεφάλαιο, θα γίνει εκτενής αναφορά στα διαγνωστικά κριτήρια της

ΔΕΠ-Υ, όπως αυτά περιγράφονται στο DSM-5.

## **1.7 ΕΞΕΛΙΞΕΙΣ ΣΤΙΣ ΜΕΛΕΤΕΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΕΠ-Υ ΤΟΝ 21<sup>ο</sup> ΑΙΩΝΑ**

Στον 21ο αιώνα, η ΔΕΠ-Υ θεωρείται διεθνώς μία χρόνια νευροαναπτυξιακή διαταραχή με νευροφυσιολογικό και γενετικό υπόβαθρο. Η επιστημονική βιβλιογραφία και έρευνα αυξάνεται με ιλιγγιώδεις ρυθμούς και νέα δεδομένα έρχονται συνεχώς στην επιφάνεια. Εντοπίζονται νέα γονίδια που σχετίζονται με την ανάπτυξη των εγκεφαλικών κυττάρων και εν γένει τη νευρωνική ανάπτυξη και παύει πλέον να γίνεται αναφορά αποκλειστικά και μόνο στα δίκτυα της ντοπαμίνης και της νορεπινεφρίνης στον εγκέφαλο.

Μελετάται επισταμένα η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ και το πώς αυτή μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργικότητα του ατόμου. Ως προς τη φαρμακολογία χρησιμοποιούνται πλέον φάρμακα που δεν συμπεριλαμβάνονται στα τυπικά ψυχοδιεγερτικά, όπως τα ψυχοδιεγερτικά παρατεταμένης αποδέσμευσης καθώς και δύο νέα είδη φαρμακευτικής αγωγής. Η διαταραχή προσεγγίζεται με πολλές και διαφορετικές μεθόδους ενώ νέες ψυχοπαιδαγωγικές μέθοδοι εφαρμόζονται για τη βελτίωση της λειτουργικότητας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ και οι οικογένειές τους στηρίζονται από συλλόγους που δημιουργούν οι γονείς τον ίδιον των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αλλά και ενήλικες. Τέλος, η έκδοση του DSM-5 είναι μία από τις πρόσφατες επιστημονικές εξελίξεις, αποτέλεσμα και αυτή της ανάπτυξης των επιστημονικών μελετών.

Κάποιοι ερευνητές αμφισβητούν την πραγματική υπόσταση της ΔΕΠ-Υ ως διαταραχής και την χαρακτηρίζουν ως «εφεύρεση της φαρμακοβιομηχανίας» ή ακόμα και «σκανδαλώδη απάτη» που προωθεί τα οικονομικά της συμφέροντα [20,21]. Η παραπάνω άποψη στηρίζεται σε μαρτυρίες χρηματοδότησης του DSM-5 από φαρμακευτικές εταιρείες ή σε περιπτώσεις όπου η χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής θεωρείται υπερβολική [22]. Για κάποιους άλλους ερευνητές, το ελλιπές εκπαιδευτικό σύστημα και η ανεπαρκής ή η ακατάλληλη γονική παρουσία ευθύνονται για τη ΔΕΠ-Υ, την οποία χαρακτηρίζουν

ως πολιτισμικό κατασκεύασμα [23]. Ωστόσο, οι επιδημιολογικές μελέτες (σε ανεπτυγμένες χώρες και στο δυτικό κόσμο) δεν επιβεβαιώνουν αυτήν την άποψη, αντίθετα συνηγορούν στο γεγονός ότι η ΔΕΠ-Υ θεωρείται ως μια διαπολιτισμικά έγκυρη διαταραχή [24]. Οι υποστηρικτές της μη πραγματικής υπόστασης της ΔΕΠ-Υ ως διαταραχής ισχυρίζονται ότι η διάγνωσή της βασίζεται σε μη αντικειμενικές μεθόδους και τα αποτελέσματα των θεραπευτικών παρεμβάσεων είναι ασαφή [25,26]. Ερευνητές όπως ο Szasz αλλά και ο Furman τοποθετούνται υπέρ της «τεχνητής» φύσης της διαταραχής [27,28]. Ο Conrad διατείνεται μάλιστα ότι οι διάγνωση και η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ συνιστούν απόπειρες «κοινωνικού ελέγχου για την αποκλίνουσα συμπεριφορά» [29].

Ο Hartman θεωρεί ότι τα συμπτώματα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ όπως η παρορμητική συμπεριφορά, η αυξημένη κινητικότητα και η συχνή ανάληψη ρίσκου εμφανίζουν κάποια από τα παλαιότερα χαρακτηριστικά των κυνηγών, τα οποία όμως δεν τους βοηθούν στο να προσαρμοστούν στο περιβάλλον και να είναι λειτουργικοί. Πρόκειται για τη λεγόμενη θεωρία "κυνηγού γεωργού" που βρίσκει αντίκρισμα στη θεωρία της εξέλιξης [30]. Η θεωρία του Hartmann, επιβεβαιώνεται μερικώς από έρευνες σε νομάδες και πληθυσμούς που συχνά μεταναστεύουν και στους οποίους εντοπίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα μία γενετική παραλλαγή που συνδέεται με τη ΔΕΠ-Υ. Σε αυτούς, τα συμπτώματα της διαταραχής συνιστούν ένα ισχυρό πλεονέκτημα που συμβάλλει στην επιβίωσή τους [31]. Αρκετές ακόμη θεωρίες που έχουν διατυπωθεί για τη ΔΕΠ-Υ βασίζονται στη θεωρία της εξέλιξης και παρόλο που δεν γίνονται αποδεκτές από την ευρύτερη επιστημονική κοινότητα είναι σημαντικό να αναγνωριστεί, ότι το θεωρητικό υπόβαθρο που προσφέρουν συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στο να κατανοηθεί πώς η αλληλεπίδραση κάποιων γενετικών γνωρισμάτων του ατόμου με τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του περιβάλλοντος είναι ικανή να προκαλέσει προσαρμογή ή δυσλειτουργία.

Όσον αφορά τις θεωρίες μέσα από τις οποίες αμφισβητούν οι ερευνητές στην ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ χρειάζεται να ληφθεί υπόψη ότι οι

περισσότερες από αυτές δεν συνδέουν την βιολογική με τη μη βιολογική διάσταση της ΔΕΠ-Υ αλλά και ότι οι λειτουργικές και μη λειτουργικές συμπεριφορές είναι απότοκα πολύπλοκων κληρονομικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, οι οποίοι αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους δυναμικά [32]. Επιπλέον, τίθεται το ερώτημα αν μέσα από αυτές τις θεωρίες και τις στάσεις βοηθούνται πραγματικά τα άτομα με ΔΕΠ-Υ. Ερευνητικά και κλινικά δεδομένα επιβεβαιώνουν πως, όταν έγκαιρα διαγιγνώσκεται η ΔΕΠ-Υ και παρέχεται στο άτομο θεραπεία, αυτό ωφελείται σημαντικά και η λειτουργικότητά του στο μέλλον διαγράφει μία θετική πορεία. Άλλωστε, κοινός στόχος όλων των επιστημονικών ερευνών είναι ακριβώς αυτό, η έγκαιρη αναγνώριση και παρέμβαση, που κύριο σκοπό έχει να βελτιωθεί η λειτουργικότητα του ατόμου με ΔΕΠ-Υ και να του διασφαλιστεί μία καλή ποιότητα ζωής.

## 2. ΟΡΙΣΜΟΣ

Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί για τη ΔΕΠ-Υ, οι οποίοι συγκλίνουν στο ότι πρόκειται για μία αναπτυξιακή διαταραχή που εμφανίζεται στην παιδική ηλικία και εκδηλώνεται σε ένα ευρύ φάσμα διαταραχών στη συγκέντρωση, την κινητικότητα και τη συμπεριφορά [33]. Παρακάτω, παρατίθενται ενδεικτικά κάποιοι ορισμοί για τη ΔΕΠ-Υ.

Σύμφωνα με τον Κάκουρο : «Η ΔΕΠ-Υ είναι μία αναπτυξιακή διαταραχή, οργανικής αιτιολογίας, η οποία ασκεί αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς της λειτουργικότητας του παιδιού και προκαλεί σοβαρές δυσκολίες τόσο στο ίδιο όσο και στην οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον. Εμφανίζεται με συχνότητα στον παιδικό πληθυσμό».

Η Καλατζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου: «Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) [διεθνώς είναι γνωστή ως Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)] συνιστά μια νευροανάπτυξιακή διαταραχή σχετιζόμενη και αναφέρουσα σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας και η οποία περιγράφει



άτομα με ακατάλληλα επίπεδα ελλειμματικής προσοχής, παρορμητικότητας και/ ή υπερκινητικότητας».

Η Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής–Υπερκινητικότητας θεωρεί τη ΔΕΠ-Υ μία από τις συχνότερα εμφανιζόμενες νευροαναπτυξιακές διαταραχές, η οποία εκδηλώνεται με δυσκολία στη διατήρηση εστιασμένης προσοχής και με υπερκινητική συμπεριφορά σε βαθμό δυσανάλογο με το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού.

Το Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) την ορίζει ως «μία από τις συχνότερες νευροβιολογικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, η οποία συνεχίζεται κατά ένα σημαντικό ποσοστό και στην ενήλικη ζωή (DSM IV). Εμφανίζεται στο 5-7% του μαθητικού πληθυσμού υπέρ των αγοριών. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα των ΔΕΠ-Υ είναι η παρορμητικότητα, η υπερκινητικότητα και η διάσπαση προσοχής».

### 3. ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν κυρίως συμπτώματα απροσεξίας και/ή παρορμητικότητας-υπερκινητικότητας σε τέτοια βαθμό, ο οποίος δεν αντιστοιχεί στην ηλικία τους. Αποτέλεσμα αυτού, είναι να μειώνονται οι ικανότητές τους για συγκέντρωση και συνεχόμενη διατήρηση της προσοχής τους αλλά και να μην μπορούν να συγκρατήσουν τις παρορμήσεις τους και να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους με βάση συγκεκριμένους εξωτερικούς περιορισμούς [34]. Οι συνθήκες μέσα στις οποίες συνήθως ενεργοποιούνται τα παραπάνω συμπτώματα είναι οι εξής: δομημένες δραστηριότητες για τις οποίες χρειάζεται να καταβληθεί νοητική προσπάθεια, οι οποίες επαναλαμβάνονται στο χρόνο, δεν κινούν το ενδιαφέρον των παιδιών και για την εκτέλεσή τους δεν υπάρχουν ισχυρά εξωτερικά ή εσωτερικά κίνητρα [33].

Η ΔΕΠ-Υ ασκεί σημαντική επιρροή στην ικανότητα του παιδιού να ελέγχει το επίπεδο της κινητικότητας του, με αποτέλεσμα αυτό να εμφανίζει τη λεγόμενη υπερκινητικότητα. Συνήθως λοιπόν, ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ βρίσκεται σε μία συνεχή κίνηση, χοροπηδά, σκαρφαλώνει, κουνά ένα μέρος του σώματός του και αλλάζει συνεχώς θέσεις. Επίσης, το παιδί με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύεται να ελέγξει τη συμπεριφορά του με αποτέλεσμα να εκδηλώνει έντονη παρορμητικότητα. π.χ. ενεργεί χωρίς να σκέφτεται τις συνέπειες, δυσκολεύεται να συγκρατήσει τις παρορμήσεις του και αγνοεί τον κίνδυνο. Τέλος, το παιδί με ΔΕΠ-Υ διασπάται από άσχετα ερεθίσματα κατά τη διάρκεια μιας δραστηριότητας και δεν μπορεί να συγκεντρωθεί σε αυτή, εμφανίζει δηλαδή, διάσπαση προσοχής ή ελλειμματική προσοχή. Συνεπώς, σπάνια τελειώνει κάτι που έχει ήδη ξεκινήσει, καθώς δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί εξολοκλήρου σε αυτό.

Τα τρία παραπάνω συμπτώματα (υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, ελλειμματική προσοχή) επιβαρύνουν την καθημερινή λειτουργικότητα του παιδιού, με αποτελέσματα να επηρεάζονται οι πιο κοντινοί του άνθρωποι (γονείς, αδέρφια) αλλά και οι ευρύτεροι (φίλοι, δάσκαλοι) καθώς και η επίδοσή του στο σχολείο [35]. Όταν εκδηλώνονται συχνά, σε έντονο βαθμό, στο σπίτι αλλά και

στο σχολείο μπορεί να κινητοποιήσουν ένα γονιό να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό για βοήθεια.

Ωστόσο, παρατηρείται μεγάλη ετερογένεια στην κλινική εικόνα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Συνιστώσες, όπως το φύλο τους, η ηλικία τους, οι αντιδράσεις των γονέων τους στη συμπεριφορά τους αλλά και το περιβάλλον μέσα στο οποίο εκδηλώνονται τα συμπτώματα, παίζουν καθοριστικό ρόλο στην εικόνα που θα έχουν τα συμπτώματά τους. Συνεπώς, 2 παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να μην έχουν την ίδια κλινική εικόνα, η οποία συν τοις άλλοις καθορίζεται και από τη βαρύτητα των συμπτωμάτων της απροσεξίας ή της παρορμητικότητας – υπερκινητικότητας.

#### **4. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ**

Μελετώντας κανείς τη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ αντιλαμβάνεται ότι υπάρχει μεγάλη ετερογένεια όσον αφορά τα επιδημιολογικά δεδομένα. Ο τρόπος που κάθε ερευνητής ορίζει τη ΔΕΠ-Υ και υπολογίζει τη συχνότητα εμφάνισής της, το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα του πληθυσμού στον οποίο πραγματοποιεί την έρευνά του αλλά και οι διαφορετικές εκτιμήσεις των γονέων/των παιδαγωγών/ειδικών μεταξύ τους, αποτελούν σημαντικές συνιστώσες που καθορίζουν τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών ερευνών [36].

Οι περισσότεροι ειδικοί σήμερα υπολογίζουν ότι η συχνότητα εκδήλωσης της ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται ανάμεσα στο 3 με 7% του παιδικού πληθυσμού [35]. Στο DSM-5 εκτιμάται ότι η συχνότητα αυτή αγγίζει το 5% του παιδικού πληθυσμού [19]. Δηλαδή, ανάμεσα σε 25 με 30 μαθητές μιας τάξης σχολείου συναντάει κανείς το λιγότερο από έναν μαθητή με ΔΕΠ-Υ. Σε ένα δείγμα 171.756 παιδιών από όλο τον κόσμο, σε μετα-ανάλυση 102 ερευνών, προέκυψε ότι το ποσοστό της ΔΕΠ-Υ παγκοσμίως είναι 5,2%, χωρίς μάλιστα να σημειώνονται διαφορές μεταξύ της Βόρειας Αμερικής και της Ευρώπης [24]. Σε έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί κατά καιρούς στην Ελλάδα, το ποσοστό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται ανάμεσα στο 5 έως 11% [37]. Ο Palili και οι συνεργάτες του, πραγματοποίησαν μία από τις πιο σημαντικές επιδημιολογικές μελέτες μέχρι σήμερα στην Ελλάδα καταγράφοντας

πόσο συχνά παρουσιάζονταν συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε πληθυσμό 2695 παιδιών, τα οποία μελετούσαν από τη γέννησή τους έως και την ενηλικίωση τους [38]. Τα ευρήματα τους ήταν τα παρακάτω. Συμπτώματα υπερκινητικότητας εμφανίζονταν στο 7% των παιδιών από τα οποία, το 10% ήταν αγόρια και 3,5% κορίτσια. Συμπτώματα απροσεξίας εμφανίζονταν στο 9,5% των παιδιών ποσοστό από το οποίο, το 12% ήταν αγόρια και 7% κορίτσια. Τέλος, συμπτώματα παρορμητικότητας εμφανίζονταν στο 7% των παιδιών από τα οποία το 10,5% ήταν αγόρια και το 3,5% κορίτσια. Τα παραπάνω συμπτώματα υποχωρούσαν κατά την ενηλικίωσή τους. Στους ενήλικες έχουν πραγματοποιηθεί παγκοσμίως έρευνες για την συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, οι οποίες την τοποθετούν ανάμεσα στο 4 με 5% του πληθυσμού [39,40]. Ωστόσο, η αμερικανική ψυχιατρική εταιρεία με βάση τα δεδομένα της τοποθετεί αυτό το ποσοστό στο 2,5% του ενήλικου πληθυσμού [19].

Όσον αφορά το φύλο, το οποίο εμφανίζει συχνότερα ΔΕΠ-Υ, οι επιδημιολογικές έρευνες τοποθετούν την αναλογία σε 3-4 προς 1 σε βάρος των αγοριών. Περίπου το 80% των παιδιών από 5 έως 18 ετών που διαγιγνώσκονται με ΔΕΠ-Υ είναι αγόρια. Τα αγόρια εμφανίζουν πιο συχνά διασπαστικές συμπεριφορές εξαιτίας των οποίων μπορεί να παραπεμφθούν από τους παιδαγωγούς σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Αυτό όμως δεν είναι απολύτως αντικειμενικό, καθώς από έρευνα προέκυψε, ότι οι μητέρες μπορεί να αναζητήσουν βοήθεια για αγόρια με διασπαστικές συμπεριφορές πιο συχνά σε σχέση με τα κορίτσια, γιατί νιώθουν ότι δυσκολεύονται περισσότερο να διαχειριστούν τη συμπεριφορά τους σε σχέση με αυτή των κοριτσιών. Ψυχοκοινωνικοί αλλά και βιολογικοί παράγοντες συνδέονται με τη συχνότερη εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ στα αγόρια σε σχέση με τα κορίτσια. Παρόλα αυτά, η δυσαναλογία στη συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στα δύο φύλα ελαττώνεται, καθώς προχωρά η ηλικία τους. Ανάμεσα στα έτη 2002 έως 2009 παρατηρήθηκε, ότι φάρμακα για τη ΔΕΠ-Υ συνταγογραφούνταν πιο συχνά στις γυναίκες σε σχέση με τους άντρες. Αυτό βέβαια μπορεί να σημαίνει και ότι τα δύο φύλα χρησιμοποιούν

διαφορετικούς τρόπους προκειμένου να αναζητήσουν βοήθεια [41,42].

Οι πολιτισμικοί παράγοντες θεωρείται ότι επηρεάζουν σημαντικά τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ σε διαφορετικούς πληθυσμούς. Μία συμπεριφορά μπορεί να εκληφθεί ως φυσιολογική ή παθολογική ανάλογα με τις προκαταλήψεις και τα στερεότυπα που επικρατούν μεταξύ των οικογενειών και των ειδικών, τόσο της ίδιας χώρας όσο και διαφορετικών χωρών. Αυτό όμως, στο οποίο συμφωνούν τα ευρήματα των επιδημιολογικών ερευνών παγκοσμίως, είναι ότι η ΔΕΠ-Υ έχει παρατηρηθεί σε όλες τις χώρες που έχουν διεξαχθεί έρευνες.

## 5. Η ΕΞΕΛΙΞΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΑΝΑΠΤΥΞΗ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ

Βασική προϋπόθεση για να μπορέσει κάποιος ειδικός να διακρίνει την "μη φυσιολογική" συμπεριφορά ενός παιδιού, χρειάζεται να γνωρίζει πολύ καλά τα αναπτυξιακά στάδια από τα οποία διέρχεται ένα παιδί και ποιες είναι οι προσδοκώμενες συμπεριφορές και αντιδράσεις του στο κάθε ένα από αυτά. Στην αξιολόγησή του χρειάζεται να λάβει υπόψη δύο βασικές συνιστώσες, την ηλικία του παιδιού και την άποψη που έχουν οι γονείς για τις δυσκολίες του.

Ωστόσο, ακόμη και στο ίδιο άτομο τα συμπτώματα εμφανίζουν διακυμάνσεις ανάλογα με το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται. [43]. Παράδειγμα, το ίδιο παιδί μπορεί να πληροί τα συμπτώματα για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ σε μία συγκεκριμένη ηλικιακή περίοδο και σε άλλη όχι. Από την άλλη, παιδιά στην προσχολική τους ζωή εμφανίζουν περισσότερο συμπτώματα της υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας τα οποία στην πορεία υποχωρούν και δίνουν τη θέση τους στα συμπτώματα απροσεξίας, τα οποία σημειώνουν μεγαλύτερη σταθερότητα κατά την πάροδο των ηλικιών. Γι' αυτό, πλέον οι ειδικοί μιλούν για "παρουσία" της ΔΕΠ-Υ (απρόσεκτη, παρορμητική-υπερκινητική, συνδυασμένη) τη στιγμή που πραγματοποιείται η αξιολόγηση και όχι για τρεις τύπους όπως γινόταν στο παρελθόν [19]. Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει τη σταθερότητα της διαταραχής είναι και ο βαθμός στον οποίο πλήττεται η λειτουργικότητα του ατόμου, η οποία μάλιστα επιβαρύνεται όσο αυξάνεται η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με άλλες ψυχικές διαταραχές [44]. Συνεπώς, το να διαγνωστεί έγκαιρα η διαταραχή, να προσδιοριστεί η βαρύτητά της και η ύπαρξη ή όχι συννοσηρότητας παίζει καθοριστικό ρόλο στην έκβαση της διαταραχής και ως εκ τούτου στην εξέλιξη του ίδιου του παιδιού.

## 5.1 Η ΔΕΠ-Υ ΣΤΗ ΒΡΕΦΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ

Τα τελευταία χρόνια σημειώνεται μεγάλη πρόοδος όσον αφορά τις έρευνες που επικεντρώνονται στη ΔΕΠ-Υ κατά τη βρεφική ηλικία. Παλαιότερα, οι ερευνητές μιλούσαν για "δύσκολα βρέφη" τα οποία εμφάνιζαν αυξημένη κινητικότητα, προκαλούσαν δυσκολίες στους γονείς τους κατά την καθημερινή τους φροντίδα, κοιμούνταν ανήσυχα, έκλαιγαν πολύ έντονα και σε ακατάστατες ώρες. Τέτοια βρέφη που μελετήθηκαν κατά την εξέλιξή τους, φάνηκε να αντιμετωπίζουν διάφορες δυσκολίες συμπεριφοράς, προσαρμογής αλλά και ασφαλούς σύνδεσης με τη μητέρα τους, η συμπεριφορά της οποίας επηρεαζόταν σημαντικά από αυτές τις δυσκολίες. Η παραπάνω αλληλεπίδραση παρατηρήθηκε και από την αντίθετη πλευρά, όταν βρέφη των οποίων οι γονείς εμφάνιζαν ΔΕΠ-Υ βίωναν περισσότερες δυσκολίες σύνδεσης και επικοινωνίας με τους γονείς τους.

Ωστόσο οι παραπάνω δυσκολίες δεν μπορούν να οδηγήσουν έναν ειδικό σε ασφαλές συμπέρασμα διάγνωσης ΔΕΠ-Υ από τη βρεφική ακόμη ηλικία, καθώς οι δυσκολίες που εμφανίζει ένα δύσκολο βρέφος μπορούν να εξελιχθούν διαφορετικά σε μεταγενέστερο στάδιο ανάπτυξης. Παρόλα αυτά, υπάρχουν έρευνες τα τελευταία χρόνια από τις οποίες έχουν προκύψει κάποιες ενδείξεις στα βρέφη, οι οποίες παραπέμπουν στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ κατά την ανάπτυξή τους και όχι σε κάποια άλλη αναπτυξιακή διαταραχή. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Auerbach και τους συνεργάτες του, προέκυψε ότι βρέφη που οι πατέρες τους είχαν ΔΕΠ-Υ σημείωναν χαμηλές επιδόσεις στην κλίμακα αξιολόγησης της νευροαναπτυξιακής ωριμότητας, σε σχέση με τα βρέφη που οι πατέρες τους δεν είχαν ΔΕΠ-Υ [45]. Στα ευρήματα μιας άλλης έρευνας, βρέφη που οι μητέρες τους είχαν ΔΕΠ-Υ διατηρούσαν την προσοχή τους για λιγότερη ώρα και εμφάνιζαν μεγαλύτερη κινητικότητα από αυτήν που εμφάνιζαν τα βρέφη της ομάδας ελέγχου [46]. Σε μία μεγάλη προοπτική έρευνα που διενεργήθηκε στις ΗΠΑ 1.106 βρέφη παρακολούθηθηκαν από τη γέννησή τους έως τα δώδεκα τους

έτη. Προέκυψε, ότι τα αγόρια που διέφεραν από τους συνομηλίκους τους σε συγκεκριμένους τομείς στα 2 τους έτη και τα κορίτσια στους 15 μήνες της ζωής τους, όταν έγιναν 8 ετών εμφάνιζαν ξεκάθαρα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ [47]. Τα ευρήματα μιας άλλης, επίσης μεγάλης κλίμακας προοπτικής έρευνας συνέδεσαν την εκδήλωση αναπτυξιακών διαταραχών που σχετίζονταν με συγκεκριμένους παράγοντες κινδύνους και την μετέπειτα εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ, ήδη από τους 6 μήνες της ζωής ενός βρέφους [48].

Κλείνοντας, τα παραπάνω χαρακτηριστικά στη συμπεριφορά του βρέφους αποτελούν ενδείξεις ευαλωτότητας στην εκδήλωση διαφόρων αναπτυξιακών διαταραχών. Το ποιες θα είναι αυτές επηρεάζεται τόσο από τη γενετική τους προδιάθεση όσο και από το πώς θα αλληλεπιδράσουν με τους φροντιστές τους.

## **5.2 Η ΔΕΠ-Υ ΣΤΗ ΝΗΠΙΑΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται στο 3,3% των παιδιών νηπιακής ηλικίας, τα περισσότερα από τα οποία συνεχίζουν να εμφανίζουν δυσκολίες προσαρμογής τόσο στην εφηβεία όσο και στην ενήλικη ζωή τους. Έρευνες έχουν δείξει, ότι νήπια τα οποία εμφάνιζαν υπερκινητικότητα και αντιδραστικότητα είχαν την αντίστοιχη συμπεριφορά και κατά τη βρεφική ηλικία. Ωστόσο, η διάκριση ανάμεσα σε ένα ενθουσιώδες και ενεργητικό αλλά φυσιολογικά αναπτυσσόμενο νήπιο και σε ένα νήπιο με διαταραχή ΔΕΠ-Υ αποτελεί μία δύσκολη υπόθεση. Κλειδί προκειμένου να εντοπιστεί ένα παιδί νηπιακής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ αποτελεί το πώς θα ερμηνεύσουν οι ενήλικες τις συμπεριφορές του. Δηλαδή, αν θα τις ερμηνεύσουν ως αποκλίνουσες από το αναπτυξιακό του στάδιο ή αντίστοιχες με αυτό.

Σύμφωνα με κάποιες άλλες έρευνες, μερικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ είναι εύκολο εντοπιστούν σε παιδιά ηλικίας μεταξύ 2 και 6 ετών, των οποίων η λειτουργικότητα σε διάφορους τομείς είναι επιβαρυνμένη. Μάλιστα, η διάγνωση μέτριας ή μεγάλης βαρύτητας ΔΕΠ-Υ αποτελεί προγνωστικό παράγοντα της σταθερότητας των συμπτωμάτων της στην



προσχολική και τη σχολική ηλικία [49]. Έρευνες στην Ελλάδα αλλά και το εξωτερικό επιβεβαιώνουν ότι το 60 με 70% των παιδιών σχολικής ηλικίας που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ είχαν ήδη εμφανίσει συμπτώματα από την νηπιακή ακόμη ηλικία. Συχνότερα, εμφανίζουν τον συνδυασμένο και τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο της ΔΕΠ-Υ και πιο σπάνια τον απρόσεκτο [48].

Παιδιά με ΔΕΠ-Υ αυτής της ηλικίας εκδηλώνουν συνήθως παρορμητική συμπεριφορά, δεν υπακούουν σε κανόνες και είναι ιδιαίτερα τολμηρά. Είναι πολύ ενεργητικά και κινητικά και ίσως να παρουσιάζουν μία δυσκολία στο να συντονίσουν τις κινήσεις τους. Έχουν πολλές απαιτήσεις, οργίζονται, θυμώνουν και απογοητεύονται εύκολα [50,51]. Τα παιδιά αυτά παθαίνουν εύκολα ατυχήματα γεγονός που αγχώνει ιδιαίτερα τους γονείς τους. Πολλές φορές, οι αντιδράσεις τους ερμηνεύονται ως σκόπιμες από τους γονείς τους, με αποτέλεσμα αυτοί να προβαίνουν σε τιμωρητικές διαδικασίες, οι οποίες όμως με τη σειρά τους δεν βοηθούν το παιδί να εσωτερικεύσει τους κανόνες και να μάθει να αυτορρυθμίζει τη συμπεριφορά του.

Όσον αφορά τη σχέση τους με τους συνομηλίκους τους, τα παιδιά αυτά εκδηλώνουν μεγαλύτερη επιθετικότητα, λιγότερη διάθεση για συνεργασία, είναι επιρρεπή σε καυγάδες και δεν λειτουργούν ομαδικά. Όσον αφορά τον προφορικό λόγο, συχνά τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ, αργούν να μιλήσουν, συναντούν δυσκολίες στην κατανόηση του λόγου αλλά και την έκφρασή του καθώς συχνά εμφανίζουν πολλές στερεοτυπίες. Συνεπώς, οι δυσκολίες δεν αφορούν μόνο το λόγο καθαυτό αλλά και την ευρύτερη επικοινωνία τους με τους άλλους. Ωστόσο, έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά αυτά εμφανίζουν δυσκολίες και σε άλλες νευροψυχολογικές λειτουργίες, όπως είναι οι εκτελεστικές διαδικασίες, η μνήμη εργασίας, η οργάνωση και η αναστολή των αυθόρμητων αντιδράσεων. Η μετα-ανάλυση των Pauli-Pott και Becker έχει καταδείξει ότι ήδη από την ηλικία των τριών ετών μπορεί κάποιος ειδικός να διαγνώσει την παρουσία της ΔΕΠ-Υ [52]. Χρειάζεται όμως ο ειδικός από τη μία να μην "παθολογικοποιήσει"

δυσάρεστα ενοχλητικά αλλά φυσιολογικά χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς ορισμένων νηπίων, από την άλλη να μην υποβαθμίσει την κλινική σπουδαιότητα χαρακτηριστικών συμπεριφοράς που μπορεί να υποδηλώνουν παρουσία της ΔΕΠ-Υ.

### **5.3 Η ΔΕΠ-Υ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

Οι περισσότερες έρευνες πραγματοποιούνται σε παιδιά σχολικής ηλικίας αλλά και οι περισσότερες παραπομπές στις υπηρεσίες ψυχικής υγείας πραγματοποιούνται από τους δασκάλους, όταν τα παιδιά βρίσκονται στην ηλικία των 7 ετών. Μάλιστα, οι Έλληνες δάσκαλοι σύμφωνα με έρευνες, τα τελευταία έτη είναι πιο ευαισθητοποιημένοι σε συμπτώματα ΔΕΠ-Υ σε σχέση με παλαιότερα [53]. Στα αγόρια τείνουν συνήθως να υπερεκτιμούν την παρουσία των συμπτωμάτων που παραπέμπουν σε ΔΕΠ-Υ ενώ στα κορίτσια είναι πιο εύστοχες οι παραπομπές τους [54].

Σε αυτήν την περίοδο της ζωής τους, τα παιδιά έχουν περισσότερες ακαδημαϊκές υποχρεώσεις αλλά αυξάνονται και οι απαιτήσεις για λιγότερο παρορμητική συμπεριφορά. Προκειμένου να ανταποκριθούν στις σχολικές απαιτήσεις χρειάζεται να εμφανίζουν παρατεταμένη συγκέντρωση προσοχής, να τηρούν κανόνες/οδηγίες και κάποιο βαθμό αυτοελέγχου. Ωστόσο, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να ανταποκριθούν επαρκώς στα παραπάνω, με αποτέλεσμα να τραβούν αρνητικά την προσοχή των ανθρώπων που βρίσκονται στο στενό οικογενειακό και σχολικό τους περιβάλλον. Τα παιδιά αυτά εμφανίζουν έντονες μαθησιακές δυσκολίες με αποτέλεσμα οι σχολικές τους επιδόσεις να είναι 30% χαμηλότερες σε σχέση με αυτές των συνομηλίκων τους και 80% χαμηλότερες από αυτές που προσδοκούνται αν ληφθεί υπόψη το νοητικό τους επίπεδο [55]. Εξαιτίας των μαθησιακών κενών που προκύπτουν από την μειωμένη ικανότητα παρατεταμένης συγκέντρωσης της προσοχής των παιδιών στο σχολείο αλλά και στο σπίτι, συχνά τα παιδιά αποφεύγουν τη σχολική μελέτη και εμφανίζουν μειωμένο κίνητρο για μάθηση. Σε αυτές τις περιπτώσεις διαγιγνώσκεται και Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή

παράλληλα με τη ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, οι δυσκολίες στο σχολείο, τους προκαλούν συνήθως ματαιώση, την οποία δυσκολεύονται να διαχειριστούν. Συχνά λοιπόν, παραιτούνται ή δεν καταβάλλουν προσπάθεια για να πετύχουν κάποιο στόχο όσον αφορά την επίδοσή τους στο σχολείο. Τα παραπάνω καθιστούν τη σχολική μελέτη μία εξαιρετικά ψυχοφθόρα διαδικασία όχι μόνο για το παιδί αλλά και για τους γονείς του.

Αλλά και η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ κατά τη διάρκεια του μαθήματος είναι συχνά δυσάρεστη, ενοχλητική και διασπαστική τόσο για τον δάσκαλο όσο και για τους συμμαθητές του. Τα παιδιά αυτά κινούνται πολύ μέσα στην τάξη, ενοχλούν τους συμμαθητές τους, κάνουν θόρυβο και δεν περιμένουν τη σειρά τους διακόπτοντας το δάσκαλο ή τους συμμαθητές τους. Από την άλλη, μπορεί να ονειροπολούν κατά τη διάρκεια του μαθήματος, να εμφανίζονται αφηρημένα ή απλά χωρίς κανένα ενδιαφέρον. Μπορούν να μάθουν τους κανόνες αλλά δυσκολεύονται να τους ακολουθήσουν, κάτι που μπορεί να εκλάβει ο δάσκαλος ως τεμπελιά. Ο μειωμένος αυτοέλεγχος και η δυσκολία να αναστέλλουν παρορμητικές συμπεριφορές επηρεάζουν και τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Είναι πιο επιθετικά και εμπλέκονται συχνά σε καυγάδες, με αποτέλεσμα να μην προτιμώνται από τους συνομηλίκους τους για παρέα. Αλλά και άλλες κοινωνικές δεξιότητες, όπως η ενσυναίσθηση, η ενεργητική ακρόαση αλλά και η ικανότητα επίλυσης των προβλημάτων με εναλλακτικούς τρόπους είναι σαφώς μειωμένες [56]. Πολύ συχνά λοιπόν, παράλληλα με τη ΔΕΠ-Υ διαγιγνώσκεται και Διαταραχή Προκλητικής Εναντίωσης ή Διαταραχή της Διαγωγής. Σε αυτήν την περίπτωση, η πορεία της διαταραχής στην εφηβεία γίνεται συνήθως δυσκολότερη. Εξαιτίας όλων των παραπάνω, συνήθως τα παιδιά βιώνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και ενίοτε στιγματισμό και περιθωριοποίηση, παράγοντες που δρουν αρνητικά στην εξέλιξη τους κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή.

#### 5.4 Η ΔΕΠ-Υ ΣΤΗΝ ΕΦΗΒΕΙΑ

Ένα μεγάλο ποσοστό των παιδιών που διαγνώστηκαν στη σχολική ηλικία με ΔΕΠ-Υ συνεχίζει να πληροί τα κριτήρια της ΔΕΠ-Υ ακόμα και αν η κλινική εικόνα του διαφέρει [57]. Συνήθως, τα συμπτώματα απροσεξίας διατηρούνται σταθερά μέσα στο χρόνο σε αντίθεση με αυτά τα υπερκινητικότητα και της παρορμητικότητας που μειώνονται, τα οποία όμως συνεχίζουν να είναι πιο αυξημένα σε αυτά τα παιδιά σε σχέση με τους συνομηλίκους τους. Καθώς πληθαίνουν τόσο οι μαθησιακές όσο και οι αναπτυξιακές αλλά και οι κοινωνικές απαιτήσεις στην εφηβεία, οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν περισσότερες δυσκολίες προσαρμογής στο σχολείο, στις κοινωνικές και στις διαπροσωπικές σχέσεις ενώ συνήθως η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ συνοδεύεται από τη διάγνωση και άλλου είδους ψυχοπαθολογίας.

Έρευνες διαπιστώνουν, ότι οι δυσκολίες στην αναστολή παρορμητικών συμπεριφορών αυτών των εφήβων έχουν σαν αποτέλεσμα την πρόωμη έναρξη της σεξουαλικής τους δραστηριότητας, την εμφάνιση ριψοκίνδυνης σεξουαλικής συμπεριφοράς, την κατάχρηση ουσιών και αλκοόλ, και την εκδήλωση παραβατικής συμπεριφοράς όχι μόνο κατά την εφηβεία αλλά και κατά την ενήλικη ζωή. Σαν συνέπεια όλων των παραπάνω αλλά και της φύσης του αναπτυξιακού τους σταδίου, η αυτοεκτίμηση των εφήβων με ΔΕΠ-Υ είναι αρκετά χαμηλή, γεγονός που τους κάνει ακόμη πιο επιρρεπείς και ευάλωτους σε αντικοινωνικές συμπεριφορές. Έφηβοι με ΔΕΠ-Υ και συννοσηρότητα που δεν έχουν λάβει έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική αντιμετώπιση τόσο από το οικογενειακό όσο και από το σχολικό περιβάλλον, πολύ πιθανόν ως ενήλικες να αναπτύξουν ή και να παγιώσουν παραβατικές και αντικοινωνικές συμπεριφορές.

## 5.5 Η ΔΕΠ-Υ ΣΤΗΝ ΕΝΗΛΙΚΗ ΖΩΗ

Έρευνες δείχνουν ότι όταν η ΔΕΠ-Υ δεν διαγνωστεί στην παιδική ηλικία τότε διαγιγνώσκεται κατά την ενηλικίωση. Τα περισσότερα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ στη σχολική τους ηλικία εξακολουθούν να την εμφανίζουν και στην ενήλικη ζωή τους. Ωστόσο, η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ για πρώτη φορά στην ενήλικη ζωή εμφανίζει αρκετά προβλήματα. Επειδή πρόκειται για μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή χρειάζεται να ληφθούν πληροφορίες για την παιδική ηλικία του ενήλικα αρκετά χρόνια πίσω, κάτι που μειώνει αισθητά την εγκυρότητα τους [58]. Τα κριτήρια του DSM μέχρι πρότινος αναφέρονταν σε συμπτώματα που εκδηλώνουν μόνο τα παιδιά ενώ μόλις στο DSM-5 έχουν προσαρμοστεί τα κριτήρια και για τους ενήλικες, χωρίς ωστόσο να έχουν δοκιμασθεί ερευνητικά.

Η διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ-Υ από άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως η διπολική διαταραχή και οι διαταραχές άγχους που συχνά συνυπάρχουν στους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ συνιστά μεγάλη πρόκληση για τους ειδικούς. Επίσης οι αντισταθμιστικές στρατηγικές που έχουν αναπτύξει αρκετοί ενήλικες με ΔΕΠ-Υ συχνά καλύπτουν τα συμπτώματα, με αποτέλεσμα να μην είναι εύκολη η αναγνώρισή τους [59]. Ακόμη όμως και σε αυτή την ηλικιακή φάση, τα συμπτώματα αλλάζουν μορφή και επηρεάζονται από τους ρόλους και τις υποχρεώσεις της. Η δυσκολία για παρατεταμένη συγκέντρωση της προσοχής και για αναστολή των παρορμητικών αντιδράσεων είναι συμπτώματα τα οποία παραμένουν ακόμη και στην ενηλικίωση ενώ η υπερκινητικότητα υποχωρεί σε μεγάλο βαθμό. Εξαιτίας αυτού, αρκετά παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνδυασμένου τύπου εξελίσσονται σε ενήλικες όπου κυριαρχεί ο απρόσεκτος τύπος, σύμφωνα με τα κριτήρια του DSM-IV.

Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα, ενήλικες με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν κακή ποιότητα ύπνου, εμπλέκονται σε μικροατυχήματα αλλά και αυτοκινητιστικά ατυχήματα, οδηγούν συχνά υπό την επήρεια αλκοόλ ή χωρίς άδεια, αλλάζουν διαρκώς εργασία, έχουν οικονομικά προβλήματα και πιθανή παραβατική συμπεριφορά. Οι σχέσεις με τους ερωτικούς τους

συντρόφους, τα παιδιά, τους συναδέλφους τους αλλά και το ευρύτερο κοινωνικό τους περιβάλλον διέπονται από εντάσεις. Τέλος, ένα μεγάλο ποσοστό των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ εμφανίζει έντονο άγχος και τουλάχιστον μία ακόμη ψυχική διαταραχή [60]. Ωστόσο, έρευνες έχουν δείξει ότι παρόλο που είναι πολλοί οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ, ένα μικρό ποσοστό από αυτούς λαμβάνει κάποιου είδους θεραπεία, η οποία συνήθως είναι κατά κύριο λόγο φαρμακευτική.

## **6. ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ**

Σε παγκόσμιο επίπεδο έχουν πραγματοποιηθεί πολλές έρευνες προκειμένου να διερευνηθούν τα αίτια εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ. Μετά και την τελευταία έκδοση του DSM-5 είναι παγκοσμίως αποδεκτό στην επιστημονική κοινότητα, ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή στην εκδήλωση της οποίας συμβάλλει η αλληλεπίδραση πολλών παραγόντων. Η συνύπαρξη συγκεκριμένων νευροβιολογικών, γενετικών αλλά και περιβαλλοντικών παραγόντων, οι οποίοι θα περιγραφούν αναλυτικά παρακάτω, ενοχοποιείται για την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Παρόλα αυτά, οι ακριβείς διαδικασίες και οι φυσιολογικοί μηχανισμοί που εμπλέκονται στην εμφάνισή της δεν είναι ακόμη τελείως ξεκάθαροι [61].

### **6.1 ΓΕΝΕΤΙΚΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ**

Ο λόγος για τον οποίο η ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται ως "οικογενειακή υπόθεση" είναι ότι συχνά συναντάται σε μέλη της ίδιας οικογένειας. Σύμφωνα με έρευνες, η πιθανότητα να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ του οποίου ο ένας γονέας έχει ήδη ΔΕΠ-Υ, κυμαίνεται από 40% έως 60% [62]. Ο σημαντικός ρόλος που παίζει η κληρονομικότητα στη ΔΕΠ-Υ επιβεβαιώνεται και από τις τελευταίες μελέτες με υιοθετημένα παιδιά, τα οποία εμφανίζουν ανάλογα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ με αυτά των βιολογικών τους γονιών [63]. Παρόμοια ευρήματα έχουν προκύψει και από μελέτες διδύμων [64]. Μάλιστα έχει διαπιστωθεί ότι όσο στενότερη είναι η

συγγένεια και όσο βαρύτερη είναι η διαταραχή, η επίδραση της κληρονομικότητας είναι πιο ισχυρή.

Χάρη στη μεγάλη πρόοδο της μοριακής γενετικής έχουν εντοπιστεί και κάποια γονίδια τα οποία φαίνονται να σχετίζονται με την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Σε μετα-αναλύσεις που έγιναν πρόσφατα σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν συσχετιστεί με την εμφάνισή της 6 γονίδια: οι υποδοχείς ντοπαμίνης D4 και D5 (DRD4, DRD5), ο μεταφορέας ντοπαμίνης (DAT1), ο υποδοχέας σεροτονίνης (HTR1B) και το γονίδιο SNAP-25. Όπως φαίνεται και σε μια άλλη μετα-ανάλυση, οι υποδοχείς της ντοπαμίνης διαδραματίζουν σπουδαίο ρόλο [65]. Επίσης, πολλές έρευνες έχουν ανακαλύψει τη στενή συσχέτιση της παραλλαγής του γονιδίου COMT με τη διαταραχή, αλλά μόνο σε άτομα με ΔΕΠ-Υ [66]. Μάλιστα, η παραλλαγή αυτή του γονιδίου, εξηγεί και το μηχανισμό από τον οποίο ένα γονίδιο μπορεί να προκαλέσει ένα συγκεκριμένο σύμπτωμα. Άλλες έρευνες επικεντρώνονται στον εντοπισμό συγκεκριμένων πολυμορφισμών που συνδέονται με κάποιο παθολογικό εύρημα.

Η νεότερη τάση επικεντρώνεται στην οργάνωση κοινών γονιδιακών παραλλαγών σε χημικές και νευροφυσιολογικές ομάδες που καλούνται «οδοί» (pathways). Μία άλλη πολλά υποσχόμενη μέθοδος επικεντρώνεται στην ανεύρεση σπάνιων δομικών γενετικών παραλλαγών όπως οι διπλασιασμοί ή οι διαγραφές χρωμοσωμάτων. Πρόσφατες μελέτες έχουν τονίσει, ότι η φλεγμονή μπορεί επίσης να παίζει ρόλο στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ, προκαλώντας βλάβη στον αιματοεγκεφαλικό φραγμό μέσω της νευρογλοιακής ενεργοποίησης, της νευρωνικής βλάβης, του οξειδωτικού στρες και των νευροτροφικών παραγόντων. Η ανίχνευση αυξημένου κινδύνου για ΔΕΠ-Υ, σε ασθενείς με φλεγμονώδη και αυτοάνοσα νοσήματα, με γονίδια που σχετίζονται με τη φλεγμονή αλλά και μελέτες για δείκτες που σχετίζονται με τη φλεγμονή, υποστηρίζουν τον ρόλο των φλεγμονωδών μηχανισμών στην εμφάνιση ΔΕΠ-Υ [67]. Όταν αξιολογήθηκαν οι μελέτες σχετικά με τη σχέση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και φλεγμονής, προέκυψε ότι οι φλεγμονώδεις κυτοκίνες (IL-6, IL-1β, TNF-

α) επηρεάζουν τις οδούς τρυπτοφάνης και ντοπαμίνης που παίζουν σημαντικό ρόλο στην αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ.

Ωστόσο, η έρευνα για τη γενετική επίδραση στην κληρονομικότητα δεν δίνει επαρκείς εξηγήσεις όσον αφορά την ανομοιογένεια στην κλινική εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Αν δεν ληφθεί υπόψη η αλληλεπίδραση της κληρονομικότητας με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες δύσκολα μπορεί να γίνει κατανοητό πώς επηρεάζουν τα γονίδια την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ.

## 6.2 ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Προκειμένου να διερευνηθούν τα πιθανά νευρολογικά αίτια εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, έχουν διεξαχθεί μελέτες του εγκεφάλου με τη χρήση διαφόρων νευροαπεικονιστικών μεθόδων.

Μαγνητική τομογραφία υψηλής ανάλυσης (MRI) χρησιμοποιήθηκε προκειμένου να διερευνηθεί αν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στη δομή του εγκεφάλου των ατόμων με ΔΕΠ-Υ και αυτών χωρίς ΔΕΠ-Υ. Αρχικά προέκυψε, ότι ο συνολικός όγκος του εγκεφάλου των παιδιών και των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ ήταν μικρότερος, κυρίως στο δεξί εγκεφαλικό ημισφαίριο κατά 3 έως 8% σε σχέση με τους ενήλικες και τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ. Επίσης, παρατηρήθηκε ότι ο όγκος κάποιων περιοχών των πρωταρχικών λοβών των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ήταν μικρότερος σε σχέση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ. Σταδιακά, διαπιστώθηκε ότι μορφολογικές αλλοιώσεις υπάρχουν και σε άλλες εγκεφαλικές περιοχές, όπως στην παρεγκεφαλίδα, στους βρεγματικούς λοβούς, στα βασικά γάγγλια και στο μεσολόβιο. Αλλά και μία νεότερη μετα-ανάλυση κατέληξε στο ότι υπάρχει σημαντική συνολική μείωση στη φαιά ουσία του προμετωπιαίου φλοιού των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, κυρίως στο δεξί φακοειδή πυρήνα μέχρι τον κερκοφόρο πυρήνα [68]. Άλλες έρευνες κατέδειξαν ότι ο εγκεφαλικός φλοιός στα άτομα με ΔΕΠ-Υ είναι λεπτότερος, η πυκνότητα του ραχιαίου έξω προμετωπιαίου φλοιού είναι ελαττωμένη και ο προμετωπιαίος φλοιός είναι λιγότερο αναδιπλωμένος. Φαίνεται λοιπόν, ότι στα άτομα με ΔΕΠ-Υ,



τα τμήματα του προμετωπιαίου φλοιού που ευθύνονται για την προσοχή, την οργάνωση της συμπεριφοράς και τον έλεγχο των παρορμήσεων παρουσιάζουν κάποια ελλείμματα.

Η Λειτουργική Απεικόνιση Μαγνητικού Συντονισμού (fMRI) είναι μία άλλη νευροαπεικονιστική τεχνική που εφαρμόστηκε στη μελέτη του εγκεφάλου των ατόμων με ΔΕΠ-Υ. Προέκυψε λοιπόν, ότι κάποιες προμετωπιαίες περιοχές δραστηριοποιούνται λιγότερο όταν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ εκτελούν συγκεκριμένες νευροψυχολογικές δοκιμασίες. Οι συγκεκριμένες περιοχές, που φαίνεται να είναι ίδιες με αυτές στις οποίες έχουν εντοπιστεί μορφολογικές αλλοιώσεις στα άτομα με ΔΕΠ-Υ, ευθύνονται για την ικανότητα αναστολής των παρορμήσεων και των αυθόρμητων αντιδράσεων, τις οργανωτικές ικανότητες, τη μνήμη εργασίας και τη διατήρηση της προσοχής [69]. Σε άλλες μελέτες παρατηρήθηκε ότι η ενεργοποίηση των νευρωνικών δικτύων, η οποία είναι αυξημένη κατά την εκτέλεση ενός απαιτητικού έργου σε ένα νευροτυπικό άτομο, σε ένα άτομο με ΔΕΠ-Υ, το οποίο καλείται να εκτελέσει ένα δύσκολο έργο, είναι ελάχιστη.

Με την τεχνική της Απεικόνισης Τανυστή Διάχυσης (DTI) εντοπίστηκαν πάρα πολλές ανωμαλίες στη μικροδομή της λευκής ουσίας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Οι ανωμαλίες αυτές προκαλούν διαταραχές στην επικοινωνία ανάμεσα στις εγκεφαλικές περιοχές και τελικά εμφάνιση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ [70].

Από τις παραπάνω μελέτες προέκυψε λοιπόν, ότι χρειάζεται να μελετηθεί εκτός από τη μορφολογία κάποιων περιοχών του εγκεφάλου, κυρίως οι πολύπλευρες μορφολογικές αλλοιώσεις και οι δυσλειτουργίες στη διασύνδεση διαφόρων εγκεφαλικών περιοχών μεταξύ τους. Μικρές γενετικές παραλλαγές επηρεάζονται μεταξύ τους αλλά και με περιβαλλοντικούς παράγοντες διαταράσσοντας τη νευρωνική αρχιτεκτονική, η οποία με τη σειρά της οδηγεί στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ [71].

Πολύ σημαντικά ευρήματα στην έρευνα των παραγόντων που συνδέονται με τη δομή και τη λειτουργία του εγκεφάλου έχουν προκύψει και από την ποσοτική ανάλυση του ηλεκτροεγκεφαλογράφηματος (ΗΕΓ) ενός ατόμου με ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, έχει προκύψει ότι στα άτομα με ΔΕΠ-Υ, τα βραδέα κύματα theta εμφανίζουν πολύ μεγαλύτερη δραστηριότητα και τα γρήγορα κύματα beta πολύ μικρότερη, ιδίως στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου [72]. Η αναλογία των παραπάνω κυμάτων διατηρείται σταθερή κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης και σχετίζεται με υποδιέγερση του εγκεφαλικού φλοιού. Αντίστοιχα δεδομένα προκύπτουν και από τη χρήση άλλων νευροαπεικονιστικών τεχνικών, όπως αναφέρθηκε παραπάνω [73]. Μέσα από μία άλλη μετα-ανάλυση προέκυψε, ότι το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα είναι ικανό να συμβάλλει στο διαχωρισμό ενός ατόμου με ΔΕΠ-Υ από ένα νευροτυπικό στο 94% των περιπτώσεων.

Τέλος, ως προς τη μελέτη των νευροχημικών παραγόντων που εμπλέκονται στην αιτιοπαθογένεια της ΔΕΠ-Υ, προέκυψε ότι το κατεχολαμινεργικό (νοραδρενεργικό και ντοπαμινεργικό) σύστημα συνιστά το κύριο νευροδιαβιβαστικό σύστημα που μπορεί να ενοχοποιηθεί για την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, όταν δεν λειτουργεί καλά το ντοπαμινεργικό σύστημα προκύπτουν ελλείμματα στα κίνητρα, στην επεξεργασία, στην επιβράβευση και την ενίσχυση [74]. Από την άλλη, όταν δυσλειτουργεί το νοραδρενεργικό σύστημα παρατηρούνται ελλείμματα στην προσοχή. Τέλος, όταν η σεροτονίνη δεν είναι σταθερή παρατηρείται η "αποστροφή αναμονής" [75]. Έρευνες έχουν καταλήξει, ότι και τα δύο συστήματα (ντοπαμινεργικό, σεροτονινεργικό) επηρεάζουν ψυχοκοινωνικούς παράγοντες αλλά και επηρεάζονται από αυτούς. Η παραπάνω αλληλεπίδραση έχει σαφή αντίκτυπο στο πόσο βαριά θα είναι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ στην ενήλικη ζωή του ατόμου.

### 6.3 ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝΤΙΚΑ ΑΙΤΙΑ (ΠΡΟ ΚΑΙ ΠΕΡΙ-ΓΕΝΝΗΤΙΚΑ)

Ορισμένοι περιβαλλοντικοί παράγοντες, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης ή νωρίς στη βρεφική ηλικία, έχουν συσχετιστεί στατιστικά με αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης ΔΕΠ-Υ.

Από μελέτες που έχουν γίνει, προέκυψε ότι όταν η μητέρα καπνίζει κατά την κυοφορία του παιδιού της, είναι πολύ πιθανό αυτό να εμφανίσει ΔΕΠ-Υ. Μάλιστα, όσο πιο συχνά και πιο πολύ καπνίζει τόσο μεγαλύτερη είναι αυτή η πιθανότητα. Ωστόσο, πρόσφατες έρευνες καταδεικνύουν ότι το κάπνισμα δεν αποτελεί αιτία για τη ΔΕΠ-Υ από μόνο του αλλά συνδεόμενο με άλλα προβλήματα συμπεριφοράς της μητέρας. Κατά την κύηση του βρέφους το μεγάλο στρες, η χρήση αλκοόλ ή ναρκωτικών ουσιών αλλά και η έκθεση σε τοξικές ουσίες αποτελούν προγεννητικούς παράγοντες που έχουν ερευνηθεί σχετικά με το αν και πόσο συνδέονται με την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Τα ευρήματα που έχουν προκύψει είναι αντικρουόμενα. Άλλοι προγεννητικοί παράγοντες που έχουν μελετηθεί είναι η προωρότητα του παιδιού και το χαμηλό βάρος γέννησης [72]. Ωστόσο, επειδή αυτοί οι παράγοντες συσχετίζονται και με άλλους, είναι δύσκολο να προκύψει έγκυρη συσχέτισή τους με την εμφάνιση ΔΕΠ-Υ.

Κάποιες άλλες έρευνες πραγματοποιήθηκαν προκειμένου να βρεθεί συσχέτιση ανάμεσα στις περιβαλλοντικές τοξίνες και τη ΔΕΠ-Υ. Μερικές από αυτές καταλήγουν στο ότι υπάρχει συσχέτιση ενώ κάποιες άλλες στο αντίθετο. Ωστόσο, είναι λίγες οι ενδείξεις για τον αρνητικό ρόλο των περιβαλλοντικών τοξινών στην νευρωνική ανάπτυξη [63]. Παλαιότερες μελέτες έχουν διερευνήσει τη συσχέτιση ανάμεσα στη διατροφή και τη ΔΕΠ-Υ, κάτι όμως που δεν επιβεβαιώνεται από τις σύγχρονες. Από αυτές προκύπτει, ότι η έλλειψη κάποιων διατροφικών στοιχείων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, όπως το μαγνήσιο, ο σίδηρος, το κάλιο ψευδάργυρος και τα πολυακόρεστα λιπαρά οξέα μπορεί να συσχετιστεί με την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ, χωρίς ωστόσο να υπάρχει άμεση αιτιολογική επίδραση.

## 6.4 ΨΥΧΟΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΑΙΤΙΑ

Από μελέτες έχει προκύψει, ότι η παιδική κακοποίηση, το χαμηλό βιοτικό επίπεδο και άλλες οικογενειακές συνθήκες σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ. Είναι όμως αυτές που προκαλούν τη ΔΕΠ-Υ ή μήπως είναι η ΔΕΠ-Υ αυτή που τις προκαλεί;

Κυρίως παλαιότερες έρευνες κατέδειξαν, ότι η υπερκινητική συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ προκύπτει από την κακή συμπεριφορά των γονέων τους. Το συγκεκριμένο εύρημα δεν επιβεβαιώθηκε από άλλες σύγχρονες τους μελέτες, κατά τις οποίες φάνηκε, ότι όταν το παιδί λάμβανε φαρμακευτική αγωγή, τα συμπτώματά του παρουσίαζαν ύφεση, βελτιωνόταν η συμπεριφορά των γονέων του απέναντί του και βελτιωνόταν ταυτόχρονα και οι ευρύτερες οικογενειακές συνθήκες. Πολύ συχνά, η «κακή» συμπεριφορά των γονέων είναι ένας τρόπος να διαχειριστούν δύσκολα συμπτώματα που ήδη υπάρχουν στο παιδί. Τα ευρήματα από μελέτες διδύμων δείχνουν πολύ μικρή συσχέτιση ανάμεσα στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες και την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Αλλά και οι ίδιοι οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες είναι δυνατόν να επηρεάζονται από κάποια γενετικά χαρακτηριστικά των γονέων [76]. Παράδειγμα, γονείς με ΔΕΠ-Υ μπορεί να χρησιμοποιούν αρνητικές τεχνικές διαπαιδαγώγησης. Αναμφισβήτητα, οι γενετικοί παράγοντες παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση αντίστοιχου οικογενειακού περιβάλλοντος αλλά και στην επίδραση που θα έχει το περιβάλλον αυτό με τη σειρά του, σε ένα παιδί με γενετική προδιάθεση για ΔΕΠ-Υ.

Σε κάθε περίπτωση, το οικογενειακό περιβάλλον μπορεί να συμβάλλει στο να εμφανίσει το παιδί τη ΔΕΠ-Υ, με βασική προϋπόθεση ότι έχει προδιάθεση σε αυτήν. Επιπλέον, η στάση που θα κρατήσει τόσο η οικογένεια όσο και το σχολείο είναι καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη της πορείας του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Η εκδήλωση των συμπτωμάτων, η βαρύτητά τους αλλά και η σταθερότητα τους στο χρόνο είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων. Αυτό βέβαια σημαίνει ότι η τροποποίηση του στενού

οικογενειακού περιβάλλοντος (θετική ή αρνητική), θα επηρεάσει αντίστοιχα όχι μόνο την εκδήλωση του γενετικού υποβάθρου για ΔΕΠ-Υ αλλά και τον τρόπο και το βαθμό που αυτή θα γίνει. Επιπλέον, το περιβάλλον μπορεί να προκαλέσει γονιδιακές αλλαγές, οι οποίες είναι δυνατόν να μεταφερθούν και στις επόμενες γενιές (επιγενετική διαδικασία). Η αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και γονιδιώματος είναι μια πολύ δυναμική διαδικασία, η οποία μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την εκδήλωση διαφορετικών γνωρισμάτων τις διαταραχής, σε διαφορετικές φάσεις της ανάπτυξης.

## **7. ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ, ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΜΕΣΑ ΚΑΙ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ**

Η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ τίθεται στα πλαίσια μιας διεπιστημονικής συνεργασίας και με τη χρήση ποικίλων μέσων. Με τα διαγνωστικά μέσα και τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται, ειδικοί συλλέγουν αλλά και αξιολογούν πληροφορίες, τόσο για τις δυνατότητες του παιδιού όσο και για τους περιορισμούς του. Ωστόσο, τα γνωρίσματα του οικογενειακού και του σχολικού περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο εκδηλώνονται συγκεκριμένες συμπεριφορές του παιδιού, είναι σημαντικό να εξεταστούν προκειμένου να προσδιοριστούν οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάζουν την ανάπτυξη και διατήρησή τους. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τις παραπάνω μεθόδους ερμηνεύονται σε σχέση με την ηλικία του παιδιού, το φύλο του και το πώς σχετίζεται με το περιβάλλον του. Στόχος της διάγνωσης δεν είναι μόνο ο εντοπισμός και ο προσδιορισμός της βαρύτητας της διαταραχής. Αυτά αποτελούν βασική προϋπόθεση, προκειμένου να διαμορφωθεί ένα αποτελεσματικό θεραπευτικό πρόγραμμα. Η διάγνωση είναι επιπλέον, ένα εργαλείο που θα βοηθήσει τους γονείς αλλά και τους ειδικούς να κατανοήσουν τη συμπεριφορά του παιδιού και να προβούν σε ενέργειες που αφενός θα διευκολύνουν την ψυχοκοινωνική του προσαρμογή αφετέρου θα συμβάλουν στην ομαλότερη νευροψυχολογική

του ανάπτυξης. Παρακάτω θα γίνει εκτενής αναφορά σε διαγνωστικά κριτήρια, μέσα αλλά και διαδικασίες διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ.

### **7.1 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΚΑΤΑ ΤΟ DSM-5**

Στην τελευταία έκδοση του αμερικανικού διαγνωστικού εγχειριδίου ψυχικών διαταραχών, η ΔΕΠ-Υ εντάσσεται σε μία ευρύτερη διαγνωστική κατηγορία διαταραχών, τις νευροαναπτυξιακές διαταραχές, για τη διάγνωση των οποίων κύριο κριτήριο αποτελεί η αιτιολογία και όχι η ηλικία [19]. Άλλωστε η ΔΕΠ-Υ μπορεί να ξεκινάει στην παιδική ηλικία, ωστόσο εξακολουθεί να υπάρχει με διαφορετική ίσως μορφή σε όλα τα στάδια της ανάπτυξης ενός ατόμου. Στο DSM-5 καθορίζονται κριτήρια απροσεξίας, παρορμητικότητας και/ή υπερκινητικότητας των οποίων η παρουσία αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.

#### **ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΡΟΣΕΞΙΑΣ ΣΕ ΑΤΟΜΑ ΜΕ ΔΕΠ-Υ**

Το άτομο:

A. Συχνά δεν καταφέρνει να συγκεντρώσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή εμφανίζει λάθη από απροσεξία στο σχολικό, εργασιακό περιβάλλον ή σε άλλες δραστηριότητες (π.χ. παραβλέπει λεπτομέρειες ή δεν δίνει σημασία σε αυτές, βασικό χαρακτηριστικό της δουλειάς του είναι η ανακρίβεια).

B. Συχνά παρουσιάζει δυσκολίες στο να διατηρήσει την προσοχή του σε έργα ή δραστηριότητες παιχνιδιού (π.χ. δύσκολα συγκεντρώνεται κατά τη διάρκεια του μαθήματος, κατά τις συζητήσεις ή στο συνεχόμενο διάβασμα).

Γ. Συχνά δείχνει να μην ακούει, όταν απευθύνονται σε αυτό (π.χ. δίνει την αίσθηση ότι το μυαλό του είναι αλλού, ακόμη κι αν δεν υπάρχει κάτι άλλο να του αποσπάσει την προσοχή).

Δ. Συχνά δεν τηρεί μέχρι τέλους οδηγίες και δεν καταφέρνει να ολοκληρώσει σχολικές υποχρεώσεις ή καθήκοντα στην εργασία (π.χ.

αρχίζει κάποια εργασία, αμέσως όμως φεύγει η προσοχή του και επικεντρώνεται σε άλλα ερεθίσματα).

Ε. Συχνά εμφανίζει δυσκολίες στην οργάνωση καθηκόντων και δραστηριοτήτων (π.χ. δυσκολεύεται να διαχειριστεί επιτυχώς το χρόνο του με αποτέλεσμα να χάνει προθεσμίες, δεν καταφέρνει να φέρει σε πέρας διαδοχικές εργασίες, δεν οργανώνει τη δουλειά του, δεν διατηρεί προσωπικά του αντικείμενα σε τάξη).

ΣΤ. Συχνά είναι απρόθυμο να λάβει μέρος σε δραστηριότητες που χρήζουν συγκέντρωσης και νοητικής προσπάθειας, τις οποίες συστηματικά αποφεύγει (π.χ. αποφεύγει ή αναβάλλει να διαβάσει/να συμπληρώσει έντυπα).

Ζ. Συχνά δεν βρίσκει προσωπικά του αντικείμενα τα οποία είναι απαραίτητα για τις δραστηριότητες που έχει αναλάβει (π.χ. χάνει πορτοφόλι, μολύβια, τηλέφωνα).

Η. Συχνά περισπάται η προσοχή του σε εξωτερικά ερεθίσματα (π.χ. η προσοχή των εφήβων ή των ενηλίκων μπορεί να διασπαστεί πολύ γρήγορα από διερχόμενες σκέψεις).

Θ. Συχνά δεν θυμάται και δεν εκτελεί καθημερινές δραστηριότητες ( π.χ. ξεχνά να πάρει τηλέφωνο, να φτάσει στην ώρα του στο ραντεβού ή να πληρώσει λογαριασμούς).

## ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ-ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΤΟ ΑΤΟΜΟ ΜΕ ΔΕΠ-Υ.

Το άτομο:

Α. Συχνά κινείται νευρικά, χτυπάει τα χέρια και τα πόδια του ή στριφογυρίζει στη θέση του.

Β. Συχνά εγείρεται από τη θέση του ενώ προβλέπεται να παραμείνει καθιστό (π.χ. σηκώνεται από τη θέση του στην τάξη ή στο χώρο εργασίας σε ακατάλληλες στιγμές).

Γ. Συχνά τρέχει από το ένα μέρος στο άλλο ή σκαρφαλώνει, σε συνθήκες που αυτό δεν ταιριάζει (οι έφηβοι και οι ενήλικες μπορεί να είναι απλά πολύ ανήσυχοι).

Δ. Συχνά αδυνατεί να παίξει ή να λάβει συμμετοχή σε κάποια δραστηριότητα κατά τον ελεύθερο χρόνο του και να είναι ήσυχος.

Ε. Συχνά κινείται διαρκώς και λειτουργεί σαν να "κινείται από μηχανή" (π.χ. κατά την παραμονή του σε εστιατόριο ή σε κάποια συνάντηση δυσκολεύεται ή νιώθει άβολα να μείνει ακίνητος για συνεχόμενη ώρα, κατάσταση την οποία δύσκολα μπορεί να αντέξει κάποιος).

ΣΤ. Συχνά μιλάει πολύ και χωρίς να σταματάει.

Ζ. Συχνά δεν περιμένει να τελειώσει η ερώτηση και απάντα χωρίς να το σκεφτεί ιδιαίτερα (π.χ. σπεύδει να ολοκληρώσει μία πρόταση και δεν περιμένει για να απαντήσει).

Η. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του (π.χ. σε μια ουρά).

Θ. Συχνά διακόπτει ή εμπλέκεται σε καταστάσεις που αφορούν άλλους, χωρίς αυτοί να του το ζητήσουν (π.χ. παίρνει το λόγο στις συζητήσεις χωρίς αυτός να του ζητηθεί, δεν ζητάει την άδεια των άλλων ατόμων για να χρησιμοποιήσει τα πράγματά τους).

Σύμφωνα με το DSM-5 για να διαγνωστεί ένα άτομο με ΔΕΠ-Υ χρειάζεται να ισχύουν τα εξής:

1) Το άτομο να εμφανίζει τουλάχιστον έξι από τα εννέα κριτήρια απροσεξίας (τουλάχιστον πέντε για άτομα >17 ετών) και τουλάχιστον έξι από τα εννέα κριτήρια παρορμητικότητας και/ή υπερκινητικότητας (τουλάχιστον πέντε για άτομα >17 ετών).

2) Τα παραπάνω συμπτώματα είναι απαραίτητα: να μην είναι σύμφωνα με το αναπτυξιακό στάδιο του ατόμου, να διαρκούν τουλάχιστον 6 μήνες, να έχουν ξεκινήσει πριν από την ηλικία των 12 ετών, να εκδηλώνονται σε δύο τουλάχιστον περιβάλλοντα π.χ. στο σπίτι και στο σχολείο, να προκαλούν έντονη έκπτωση της λειτουργικότητας του ατόμου και να προκαλούν άμεσο αρνητικό αντίκτυπο στις δραστηριότητές του.



3) Τα συμπτώματα αυτά δεν θα πρέπει να εκδηλώνονται μόνο κατά τη διάρκεια της σχιζοφρένειας ή κάποιας άλλης ψυχωτικής διαταραχής, δεν θα πρέπει να εξηγούνται καλύτερα από κάποια διαταραχή διάθεσης ή από τη χρήση ουσιών. Τέλος, εξαιτίας της μεγάλης συννοσηρότητας που παρατηρείται στη ΔΕΠ-Υ είναι πιθανή η ταυτόχρονη διάγνωση κάποιας διαταραχής του αυτιστικού φάσματος.

Κατά τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είναι σημαντικό να προσδιορίζεται τόσο το είδος της παρουσίας της ΔΕΠ-Υ όσο και ο βαθμός της βαρύτητάς της. Όσον αφορά τα είδη της "παρουσίας" της ΔΕΠ-Υ υπάρχουν οι εξής κατηγορίες:

A) Συνδυασμένη Παρουσία όταν πληρούνται τα κριτήρια και της απροσεξίας και της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας τους τελευταίους έξι μήνες.

B) Προεξάρχουσα Απρόσεκτη Παρουσία όταν πληρούνται μόνο τα κριτήρια της απροσεξίας τους τελευταίους έξι μήνες.

Γ) Προεξάρχουσα Υπερκινητική/Παρορμητική Παρουσία όταν πληρούνται μόνο τα κριτήρια της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας τους τελευταίους έξι μήνες.

Η διαταραχή βρίσκεται σε μερική ύφεση αν όλα τα κριτήρια που είναι απαραίτητα για τη διάγνωση της εμφανίζονταν κατά το παρελθόν αλλά όχι τους τελευταίους έξι μήνες, ωστόσο εξακολουθούν να προκαλούν μεγάλη έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου.

Όσον αφορά τη βαρύτητα της διαταραχής χρειάζεται να προσδιοριστεί αν είναι ήπια, μέτρια ή σοβαρή.

A. Όταν τα συμπτώματα είναι λιγότερα από αυτά που προβλέπεται προκειμένου να τεθεί η διάγνωση ή δεν υπάρχουν καθόλου και η έκπτωση που εμφανίζει το άτομο στη λειτουργικότητά του είναι μικρή, τότε ο βαθμός βαρύτητας της διαταραχής χαρακτηρίζεται ως ήπιος.

B. Όταν το πλήθος των συμπτωμάτων ή η έκπτωση της λειτουργικότητας βρίσκονται μεταξύ ήπιας και σοβαρής βαρύτητας, τότε ο βαθμός βαρύτητας της ΔΕΠ-Υ αξιολογείται ως μέτριος.

Γ. Όταν τα συμπτώματα που απαιτούνται για να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είναι πολλά περισσότερα από τα καθορισμένα ή μερικά συμπτώματα είναι πολύ σοβαρά ή τα συμπτώματα προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου, τότε ο βαθμός βαρύτητας της διαταραχής χαρακτηρίζεται ως σοβαρός.

## **7.2 ΚΛΙΜΑΚΕΣ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗΣ ΤΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ**

Είναι απαραίτητο, ο ειδικός που θα χορηγήσει τις κλίμακες αξιολόγησης στους γονείς, τους εκπαιδευτικούς ή και το ίδιο το παιδί να γνωρίζει καλά τα χαρακτηριστικά των κλιμάκων. Δηλαδή, τί πληροφορίες μπορούν να του δώσουν και πώς να ερμηνεύσει τα αποτελέσματά τους. Με τις κλίμακες μπορούν να εντοπιστούν συμπεριφορές που εκδηλώνονται σπάνια, να ποσοτικοποιηθούν αλλά και να προσδιοριστούν ποιοτικά. Επίσης, οι πληροφορίες που συλλέγονται προέρχονται από ανθρώπους, οι οποίοι γνωρίζουν πώς συμπεριφέρεται το άτομο στις εκάστοτε συνθήκες. Αυτό είναι ταυτόχρονα και μία αδυναμία τους, καθώς βασίζεται στην υποκειμενικότητα του ατόμου, από το οποίο λαμβάνονται οι πληροφορίες. Τέλος, η κλίμακα που θα χρησιμοποιήσει κάποιος ειδικός συμβάλλει περισσότερο ή λιγότερο στο να εντοπιστεί η ΔΕΠ-Υ σε ένα άτομο, καθώς όλες οι κλίμακες δεν έχουν την ίδια συνάφεια μεταξύ τους [77].

Κάποιες από τις κλίμακες που ενδείκνυται να χρησιμοποιηθούν αρχικά είναι αυτές που ανιχνεύουν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών της παιδικής ηλικίας. Ενδεικτικά, αναφέρονται οι εξής, που είναι μεταφρασμένες και σταθμισμένες στην Ελλάδα: 1) Behaviour Assessment System for Children, 2nd edition (BASC-3) [78] 2) Child behavior Checklist [79]. Στη συνέχεια, προτείνονται εξειδικευμένες κλίμακες για τη διερεύνηση της συμπεριφοράς των παιδιών με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Κάποιες από αυτές που έχουν μεταφραστεί και σταθμιστεί στα ελληνικά είναι οι εξής: 1) ADHDT [80] 2) ADHD Rating Scale-Iv [81].

Προκειμένου να αξιολογηθεί η προσοχή, η γρήγορη σκέψη και η ικανότητα αναστολής των αυθόρμητων αντιδράσεων ενός παιδιού μπορεί

να χρησιμοποιηθούν από τον ειδικό επιπλέον ψυχομετρικές δοκιμασίες [82]. Ένα βασικό μειονέκτημα των δοκιμασιών είναι ότι κατά τη διάρκεια της χρήσης τους δεν προσδιορίζονται περιβαλλοντικές συνθήκες, οι οποίες επιδρούν στην επίδοση του παιδιού. Γενικά, αμφισβητείται η αξιοπιστία μερικών από αυτών και κατ' επέκταση η χρήση τους στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Παρόλα αυτά, με τα αποτελέσματά τους μπορούν να συμβάλουν στην διαμόρφωση των στόχων της θεραπείας [83,84].

Γενικά, είναι απαραίτητο κατά τη χρήση των κλιμάκων να λαμβάνεται υπόψη, ότι τα αποτελέσματα από τις κλίμακες μπορούν να παρέχουν κάποιες ενδείξεις για την ύπαρξη ή όχι της ΔΕΠ-Υ αλλά δεν οδηγούν από μόνα τους στη διάγνωση της. Άλλωστε για να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ είναι απαραίτητο να χρησιμοποιηθούν επιπλέον μέσα αξιολόγησης και διάγνωσης (π.χ. δομημένη συνέντευξη, κλινική παρατήρηση, κ. ά).

### **7.3 Η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΥΣ ΓΟΝΕΙΣ**

Η συνέντευξη με τους γονείς του παιδιού αποτελεί ένα από τα βασικά εργαλεία που χρησιμοποιεί ο ειδικός προκειμένου να συγκεντρώσει πληροφορίες για τη συμπεριφορά του, καθώς είναι αυτοί που έχουν γνώση των διαφόρων μορφών της συμπεριφοράς του σε πολλές συνθήκες και πλαίσια. Η ηλικία έναρξης κάποιων συμπτωμάτων που προβληματίζουν τους γονείς, η συχνότητα εμφάνισης τους και τα πλαίσια μέσα στα οποία αυτές εκδηλώνονται συνιστούν το κύριο μέρος της συνέντευξης με τους γονείς.

Προφανώς υπεισέρχεται και ο παράγων υποκειμενικότητα, που επηρεάζεται από τις αντιλήψεις και τα βιώματα των ίδιων. Άλλωστε ενδιαφέρει τον ειδικό και ο τρόπος με τον οποίο αντιλαμβάνονται και ερμηνεύουν οι γονείς εκδοχές της συμπεριφοράς του παιδιού. Ωστόσο, όταν οι ερωτήσεις του ειδικού επικεντρώνονται στα συμπτώματα ψυχοπαθολογίας, τα οποία συνδέονται με την εμφάνιση κάποιων διαταραχών, τότε το στοιχείο της υποκειμενικότητας χάνει σε ένταση. Αντίθετα, μπορεί να εντοπιστεί και η ύπαρξη προβλημάτων και

διαταραχών τόσο στους γονείς όσο και στο περιβάλλον με το οποίο αλληλοεπιδρά το παιδί [85].

Επιπλέον, η συνέντευξη με τους γονείς μπορεί να λειτουργήσει ανακουφιστικά και να τους στηρίξει ψυχολογικά, αφού τους δίνεται η ευκαιρία να μιλήσουν για προβληματισμούς και ανησυχίες τους σε κάποιον που μπορεί να τους καταλάβει. Προκειμένου να εκφράσουν άνετα προσωπικές ανησυχίες και προβληματισμούς προτείνεται η συνάντηση και των δύο με τον ειδικό, χωρίς την παρουσία του παιδιού. Κλείνοντας, η συνέντευξη με τους γονείς έχει πολλά οφέλη, τα οποία δεν περιορίζονται μόνο στην συλλογή των πληροφοριών αλλά και στην διαμόρφωση μίας σχέσης εμπιστοσύνης και συνεργασίας των γονέων με τον ειδικό, η οποία συνιστά απαραίτητη προϋπόθεση για την διαμόρφωση αλλά και την εφαρμογή του θεραπευτικού σχεδίου.

#### **7.4 Η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ**

Η πλειοψηφία των δυσκολιών στη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνονται κυρίως στο χώρο του σχολείου και μάλιστα μπορούν να τεθούν σε σύγκριση σε σχέση με συμπεριφορές που θεωρούνται πιο προβλεπόμενες καθώς υπάρχουν παιδιά της ίδιας ηλικιακής ομάδας. Συνεπώς, οι δάσκαλοι και οι διευθυντές είναι αυτοί που θα παρατηρήσουν αποκλίνουσες συμπεριφορές για την ηλικία του παιδιού και θα κινητοποιήσουν τους γονείς προκειμένου να απευθυνθούν σε κάποιον ειδικό.

Οι πληροφορίες του εκπαιδευτικού μπορεί να αφορούν τη συμπεριφορά του παιδιού στη σχέση του με τους συμμαθητές του, με τον ίδιο, την ομάδα αλλά και τις σχολικές του επιδόσεις. Συγκεκριμένα, καλείται ο εκπαιδευτικός να παρατηρήσει λεπτομερέστερα αλλά και να αναφέρει τη συχνότητα με την οποία εκδηλώνονται οι "προβληματικές" συμπεριφορές, τις συνθήκες που επικρατούν όταν αυτές εκδηλώνονται (τι έχει προηγηθεί ή τι έπεται) καθώς και το πώς ο ίδιος τις αντιμετωπίζει. Ωστόσο, ο εκπαιδευτικός είναι και αυτός που θα αναφέρει τις συνθήκες

στις οποίες οι αντιδράσεις του παιδιού είναι αποκλίνουσες και μη λειτουργικές. Αυτό μπορεί να λειτουργήσει και ως εφελτήριο για τη βελτίωση των σχέσεων ανάμεσα στον εκπαιδευτικό και τον μαθητή, καθώς ο πρώτος καλείται να εντοπίσει και να παρατηρήσει καλύτερα τέτοιου είδους συμπεριφορές, οι οποίες θα επικοινωνηθούν τόσο στον ειδικό όσο και στο μαθητή. Κλείνοντας χρειάζεται να τονιστεί ότι η "συμμαχία" μεταξύ εκπαιδευτικού και ειδικού είναι καθοριστικής σημασίας στη διάγνωση της διαταραχής αλλά και στην αντιμετώπιση της αντίδρασης του παιδιού.

## **7.5 Η ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΜΕ ΤΟ ΠΑΙΔΙ**

Ουσιαστικά πρόκειται για μία συζήτηση του ειδικού με το παιδί, η οποία χρειάζεται να είναι προσαρμοσμένη στην ηλικία του και να αποτελεί μία ευχάριστη συνθήκη γι' αυτό. Ο ειδικός καλείται να γνωρίσει το παιδί θέτοντάς του ερωτήσεις που αφορούν τόσο ουδέτερα θέματα όσο και πιο συγκεκριμένα, όπως οι σχέσεις του με τους συνομηλίκους, με την οικογένεια, το δάσκαλο, οι επιδόσεις του στο σχολείο, τα ενδιαφέροντά του, τις δυσκολίες του και που τις αποδίδει.

Η ερώτηση «γιατί νομίζεις ότι ήρθες σήμερα εδώ» τίθεται συχνά στην αρχή της συνέντευξης, καθώς ο ειδικός μπορεί να δώσει στο παιδί πληροφορίες για το πλαίσιο και τα αίτια της επίσκεψής του. Αυτή η προσέγγιση δίνει πληροφορίες για την αυτεπίγνωση των δυσκολιών του παιδιού και συμβάλλει στην καλύτερη συνεργασία του με τον ειδικό. Τέλος, χρειάζεται ο ειδικός να έχει υπόψη του, ότι το παιδί στην προσπάθειά του να δώσει μία «καλή εικόνα» σε αυτόν μπορεί να ασκήσει λίγο καλύτερο έλεγχο στα συμπτώματα παρορμητικότητας ή να δώσει πιο «κοινωνικά αποδεκτές» απαντήσεις.

## **7.6 ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ**

Η κλινική παρατήρηση είναι η παρατήρηση του παιδιού από τον ειδικό όσο ακόμη αυτό βρίσκεται στο χώρο της αναμονής και ολοκληρώνεται με την

έξοδο του παιδιού. Πρόκειται για ένα είδος αξιολόγησης που δεν είναι τυπικό ή επίσημο, ωστόσο μπορεί να παράσχει σημαντικές πληροφορίες στον ειδικό.

Το γεγονός ότι το παιδί είναι ικανό να ακολουθήσει τον ειδικό στο χώρο αξιολόγησης και να αφήσει τους γονείς του να περιμένουν είναι πολύ σημαντικό στη διαφορική διάγνωση καθώς τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν δυσχέρεια σε αυτή τη φάση. Ο ειδικός παρατηρεί προσεκτικά αν το παιδί μπορεί να διατηρεί βλεμματική επαφή για συνεχόμενη ώρα, αν είναι σε θέση να φέρει σε πέρας μία συζήτηση τόσο ως προς τη διατήρηση της προσοχής του σε αυτήν όσο και ως προς την έκφρασή του. Επιπλέον, χρειάζεται να αξιολογήσει την ύπαρξη ή όχι συναισθηματικών διακυμάνσεων, η οποία μπορεί να συνοδεύεται από υπερβολική κινητική δραστηριότητα ή νευρικότητα. Επίσης, το πόσο γρήγορα αποσύρεται το παιδί από μία δραστηριότητα και μεταπηδά σε μία άλλη, αλλά κι αν αυτό γίνεται λόγω αυξημένης παρορμητικότητας είναι ένα στοιχείο που οφείλει προσεκτικά να παρατηρήσει ο ειδικός. Κλειδί αποτελεί η ανάθεση στο παιδί μιας δραστηριότητας που προϋποθέτει έντονη συγκέντρωση της προσοχής και μεγάλη νοητική προσπάθεια.

Αν τα στοιχεία που θα συλλέξει ο ειδικός από την κλινική παρατήρηση δεν συνάδουν με αυτά που έχουν αναφέρει οι γονείς ή οι δάσκαλοι, τότε χρειάζεται να λάβει υπόψη του πιθανή προσπάθεια του παιδιού να δείξει μία «καλή εικόνα». Τέλος, προκειμένου να αντιμετωπιστεί η πιθανή υποκειμενικότητα της παρατήρησης του ειδικού, θα ήταν πολύ βοηθητικό να συμμετέχει στη συνεδρία ένας συνάδελφός του.

## **7.7 ΙΑΤΡΙΚΗ ΕΞΕΤΑΣΗ**

Παρόλο που οι επιστήμονες δεν έχουν καταλήξει σε συγκεκριμένες εργαστηριακές εξετάσεις που συμβάλουν στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, σε μερικές περιπτώσεις κρίνεται απαραίτητο το παιδί να το εξετάσει και ο γιατρός [86]. Ωστόσο, κάποιες νευροαπεικονιστικές μέθοδοι, όπως η Λειτουργική Μαγνητική Τομογραφία (fMRI) και το

Ηλεκτροεγκεφαλογράφημα (ΗΕΓ), μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως συμπληρωματικό διαγνωστικό εργαλείο για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Ένα μοντέλο εξαγωγής χαρακτηριστικών fMRI, με βάση τις περιελίξεις του νευρωνικού δικτύου, μπορεί να συμβάλλει στην ταξινόμηση της ΔΕΠ-Υ [87]. Αντίστοιχα, έχει αναπτυχθεί ένα λογισμικό διάγνωσης των «παρουσιών» της ΔΕΠ-Υ, το οποίο καταγράφει και επεξεργάζεται με υψηλή ακρίβεια, δεδομένα από το ηλεκτροεγκεφαλογράφημα. Σε σχέση με το fMRI προτιμάται ως πιο εύχρηστο και οικονομικό [88]. Όταν λοιπόν, ο ειδικός εντοπίσει στο αναπτυξιακό ιστορικό του παιδιού είτε στην κλινική αξιολόγηση, κάτι το οποίο χρειάζεται να εκτιμηθεί από γιατρό, τότε παραπέμπει το παιδί σε αυτόν.

Η παραπομπή όμως στο γιατρό γίνεται και προκειμένου να αποκλειστεί η ύπαρξη κάποιου ιατρικού προβλήματος, το οποίο μπορεί να ευθύνεται για συμπτώματα που παραπέμπουν σε παρουσία της ΔΕΠ-Υ. Η κλινική εξέταση των «μαλακών» νευρολογικών σημείων μπορεί να συμβάλλει στη διαφοροδιάγνωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και αυτών με άλλες νευροαναπτυξιακές διαταραχές [89]. Τέλος, ο γιατρός είναι αυτός που θα αποφανθεί αν τα συμπτώματα αποτελούν παρενέργειες λήψης φαρμάκων, που ήδη λαμβάνει το παιδί ή ακόμη αν είναι τόσο σοβαρά ώστε να χρήζουν φαρμακοθεραπείας.

## **7.8 ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΦΟΡΟΔΙΑΓΝΩΣΗ**

Ο ειδικός αφού έχει συγκεντρώσει μέσα από τις παραπάνω διαδικασίες και μεθόδους ένα πλήθος δεδομένων καλείται να τα οργανώσει και να τα ερμηνεύσει προκειμένου να καταλήξει σε μία διάγνωση. Η διάγνωση δεν είναι απλά μία ονοματοδοσία του συνόλου των χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς του παιδιού, αντίθετα είναι μία αναλυτική περιγραφή των χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς του, του πλαισίου στο οποίο αυτά εκδηλώνονται και των παραγόντων που την ενθαρρύνουν ή την αποθαρρύνουν.

Με βάση λοιπόν την ευστοχία της διάγνωσης μπορεί ή όχι να διαμορφωθεί ένα πρόγραμμα θεραπευτικό, το οποίο είναι δυναμικό και λαμβάνει υπόψη τα δυνατά και αδύναμα σημεία του παιδιού. Είναι καθοριστικής σημασία να τεθεί η σωστή διάγνωση, καθώς συχνά η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με κάποια άλλη διαταραχή, την «μιμείται» ή επικαλύπτεται από αυτήν. Η απουσία διατηρούμενης προσοχής, ο ελλιπής έλεγχος των παρορμήσεων αλλά και η σοβαρή λειτουργική έκπτωση του παιδιού σε δύο τουλάχιστον πλαίσια εξαιτίας αυτών, αποτελεί κλειδί για τη διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ-Υ από άλλες διαταραχές. Η συμβολή και η συνεργασία επιστημόνων διαφόρων ειδικοτήτων είναι απαραίτητη στη διαδικασία της διαφοροδιάγνωσης.

Το αποκορύφωμα των παραπάνω διαδικασιών, που λαμβάνουν χώρα για να τεθεί μία σωστή διάγνωση, είναι η αναγγελία της στους γονείς. Η ενημέρωση των γονέων για τη διαταραχή, τη φύση της, το πώς κατέληξαν σε αυτήν, τα αίτια που την προκαλούν, αλλά και τους τρόπους αντιμετώπισής της, θα συμβάλει στην καλύτερη αποδοχή από μέρους τους αλλά και στην βέλτιστη συνεργασία τους ως προς τη διαμόρφωση του θεραπευτικού προγράμματος. Στο επόμενο κεφάλαιο θα γίνει εκτενής αναφορά στη σπουδαιότητα της ενημέρωσης-εκπαίδευσης των γονέων στην ΔΕΠ-Υ.

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **8. Η ΠΟΛΥΔΙΑΣΤΑΤΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ**

Η επιλογή της θεραπευτικής παρέμβασης του ειδικού απορρέει από τη θεωρητική προσέγγιση που ενστερνίζεται περισσότερο, η οποία πρέπει στηρίζεται σε αποτελέσματα έγκυρων και αξιόπιστων ερευνών που επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητά της. Οι έρευνες που πραγματοποιούνται για την αποτελεσματικότητα των παρεμβάσεων στη ΔΕΠ-Υ καταδεικνύουν την αποτελεσματικότητα μιας πολυεπίπεδης προσέγγισης που συνδυάζει περισσότερες από μία θεωρητικές



προσεγγίσεις. Άλλωστε, αυτό προκύπτει και από την απόδοση περισσότερων από ενός παραγόντων στην εμφάνισή της ΔΕΠ-Υ αλλά και στην μεταξύ τους αλληλεπίδραση. Εφόσον δηλαδή είναι πολλοί οι παράγοντες που συγκλίνουν στην εμφάνιση της διαταραχής η πιο αποτελεσματική προσέγγιση για την αντιμετώπισή της είναι συστημική και περικλείει όλους αυτούς τους παράγοντες αλλά και το πώς αυτοί αλληλεπιδρούν μεταξύ τους [90].

Συγκεκριμένα, η συστημική προσέγγιση της ΔΕΠ-Υ λαμβάνει υπόψη το σύστημα, στο οποίο ανήκει το παιδί, τους παράγοντες του συστήματος αλλά και πώς αυτοί αλληλοεπηρεάζονται προκειμένου να εκδηλωθεί μία δυσλειτουργική μορφή συμπεριφοράς. Έρευνες επιβεβαιώνουν, πως όταν η ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζεται μονόπλευρα, τότε τα αποτελέσματα είναι φτωχότερα σε σχέση με τις περιπτώσεις που οι παρεμβάσεις γίνονται σε πολλά επίπεδα [91]. Επιπλέον, όταν οι παρεμβάσεις πραγματοποιούνται από πολλές πλευρές, συντονισμένα και με κοινό στόχο, τότε τα αποτελέσματα γενικεύονται σε όλα τα πλαίσια και ενισχύονται από αυτά. Όλοι οι ειδικοί επηρεάζουν το σύστημα και επηρεάζονται από αυτό λαμβάνοντας πάντα υπόψη το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού [92]. Γι' αυτό είναι απαραίτητο να γνωρίζουν τις κυρίες αρχές της αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας, σύμφωνα με τις οποίες τα ελλείμματα ενός παιδιού χρειάζεται να αξιολογηθούν με βάση το αν προβλέπονται από την ηλικία του ως αναμενόμενα ή όχι.

Με βάση λοιπόν μία προσέγγιση πολυδιάστατη για τη ΔΕΠ-Υ, τα ελλείμματα του παιδιού που εκδηλώνονται σε πολλά επίπεδα αξιολογούνται από πολλές ειδικότητες, οι οποίες λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία του παιδιού, το περιβάλλον στο οποίο ζει και εκδηλώνει τα συγκεκριμένα συμπτώματα διαμορφώνουν ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, το οποίο είναι δυναμικό και επανεξετάζεται, με βάση το πως το συγκεκριμένο παιδί αλλά και το οικογενειακό του περιβάλλον ανταποκρίνεται σε αυτό. Δεδομένου λοιπόν, ότι τα ελλείμματα ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ ανάλογα με την ηλικία του μπορεί να εκδηλώνονται στο

λόγο, στη συμπεριφορά, στο συναίσθημα, στις σχολικές επιδόσεις χρειάζεται οι παρεμβάσεις να γίνονται συντονισμένα και σε μεταξύ τους συνεργασία από ψυχολόγους, λογοθεραπευτές, ειδικούς παιδαγωγούς, εργοθεραπευτές και παιδοψυχιάτρους. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούν οι ειδικοί μπορεί να είναι διαφορετικές μεταξύ τους, ωστόσο είναι εξατομικευμένες. Διαμορφώνονται δηλαδή, λαμβάνοντας υπόψη τις ανάγκες και τις δυνατότητες του συγκεκριμένου παιδιού, με τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, όπως το φύλο, η ηλικία, η κοινωνικοοικονομική τάξη και το οικογενειακό περιβάλλον. Είναι άλλωστε γνωστό, ότι δύο παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν εμφανίζουν ποτέ ακριβώς όμοια κλινική εικόνα.

Ο ειδικός στον οποίο αρχικά παραπέμπεται το παιδί χρειάζεται να γνωρίζει καλά τις θεωρητικές προσεγγίσεις και τις σύγχρονες απόψεις για τους αιτιολογικούς μηχανισμούς της ΔΕΠ-Υ. Αυτό, θα τον βοηθήσει να ζητήσει τη συνεργασία συγκεκριμένων ειδικών, οι οποίοι με τη σειρά τους πρέπει να έχουν βαθιά γνώση των αιτιών της διαταραχής, των εκδηλώσεών της αλλά και των βασικών αρχών αντιμετώπισής της με βάση την ειδικότητα που εκπροσωπούν. Σύμφωνα με έρευνες, ο ψυχολόγος θεωρείται ο πιο κατάλληλος ειδικός για να συντονίσει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα για ένα παιδί που εκδηλώνει ΔΕΠ-Υ. Ακόμη όμως και αυτός, θα πρέπει να επιλέξει μία θεωρητική προσέγγιση της ειδικότητάς του, η οποία να εμφανίζει κλινικά επιβεβαιωμένη αποτελεσματικότητα στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ σε σχέση με άλλες. Επίσης, χρειάζεται να έχει αρκετά μεγάλη και εποπτευόμενη κλινική εμπειρία αλλά και συγκεκριμένα χαρακτηριστικά στην προσωπικότητά του, όπως να είναι σταθερός, αποφασιστικός, επίμονος και υπομονετικός. Αυτά τα χαρακτηριστικά παίζουν εξίσου καθοριστικό ρόλο στην αποτελεσματική του ενασχόληση με τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Κύριος ρόλος του συντονιστή ειδικού είναι, αφού αξιολογήσει και ιεραρχήσει τις δυσκολίες και τα ελλείμματα του παιδιού, να συντάξει μία διεπιστημονική ομάδα που θα περιλαμβάνει συγκεκριμένους ειδικούς.

Ενδεχόμενα μέλη της ομάδας μπορεί να είναι ο παιδοψυχίατρος, ο κοινωνικός λειτουργός, ο εργοθεραπευτής, ο λογοθεραπευτής, ο ειδικός παιδαγωγός, ο αναπτυξιολόγος, ο παιδονευρολόγος. Ο καθένας από αυτούς δύναται να συμβάλει με τις εξειδικευμένες του γνώσεις και την εξειδικευμένη κλινική του εμπειρία στην αξιολόγηση και αντιμετώπιση ενδεχόμενων οργανικών, συμπεριφορικών, γνωστικών, κοινωνικών και μαθησιακών ελλειμμάτων που εκδηλώνει το παιδί με ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, ο εντοπισμός των ικανοτήτων και των χαρισμάτων του παιδιού αποτελεί βασική προϋπόθεση για να διαμορφωθεί μία αποτελεσματική πολυεπίπεδη προσέγγιση, όπου οι παρεμβάσεις σε όλα τα επίπεδα θα λαμβάνουν υπόψη τόσο τις δυσκολίες του παιδιού όσο και τις δυνατότητες του στους αντίστοιχους τομείς.

Τέλος, η αποτελεσματική συνεργασία του σχολείου και της οικογένειας με την παραπάνω ομάδα αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση, προκειμένου τα θεραπευτικά αποτελέσματα να επιτευχθούν, να διατηρηθούν στο χρόνο αλλά και να γενικευτούν στα διαφορετικά πλαίσια, στα οποία δραστηριοποιείται το παιδί με ΔΕΠ-Υ. Συνεπώς, όλες οι προσεγγίσεις-παρεμβάσεις για τη ΔΕΠ-Υ χρειάζεται να περιλαμβάνουν οπωσδήποτε το σχολείο και την οικογένεια. Παρεμβάσεις που επικεντρώνονται μόνο στο παιδί έχουν περιορισμένα και μικρής διάρκειας θεραπευτικά αποτελέσματα. Η ενημέρωση και η εκπαίδευση των γονέων και του σχολείου, ως προς την αντιμετώπιση της διαταραχής στο συγκεκριμένο παιδί, είναι καθοριστικής σημασίας για την επιτυχία ενός προγράμματος, του οποίου τα αποτελέσματα θα γενικεύονται σε όλα τα περιβάλλοντα και θα διατηρούνται στο χρόνο. Άλλωστε, στόχος της πολυδιάστατης προσέγγισης της ΔΕΠ-Υ δεν αποτελεί μόνο η μείωση ή η έκλειψη των δυσλειτουργικών συμπεριφορών και των αναπτυξιακών ελλειμμάτων αλλά η υιοθέτηση και η παγίωση δεξιοτήτων, οι οποίες θα βελτιώσουν αισθητά τη λειτουργικότητα του ατόμου σε όλους τους τομείς.

## **8.1 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ**

Η συμπεριφορική προσέγγιση προσφέρει ένα ευρύ θεωρητικό πλαίσιο στην αντιμετώπιση των διαταραχών της ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τη συμπεριφορική θεωρία, ο τρόπος που συμπεριφέρεται κάποιος, μαθαίνεται και είναι αποτέλεσμα της θετικής ή αρνητικής ενίσχυσης που έχει λάβει για την συγκεκριμένη συμπεριφορά. Οι συμπεριφορικές τεχνικές που περιλαμβάνει βασίζονται κυρίως στην παροχή θετικής ενίσχυσης ή την απόσυρση της αρνητικής σε μια επιθυμητή συμπεριφορά και στην παροχή αρνητικής ενίσχυσης ή τη διακοπή-απόσυρση της θετικής σε μία μη επιθυμητή συμπεριφορά. Είναι εύχρηστες και μπορούν να εφαρμοστούν από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και τους θεραπευτές διαφόρων ειδικοτήτων που καλούνται να χειριστούν τα ελλείμματα ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ.

Ωστόσο, χρειάζεται να διευκρινιστεί, ότι οι τεχνικές αυτές κάθε αυτές δεν αποτελούν πανάκεια στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Αποτελούν πολύ χρήσιμα εργαλεία, των οποίων όμως η αποτελεσματικότητα καθορίζεται από το πρόσωπο το οποίο τα χρησιμοποιεί αλλά και από τον τρόπο που εφαρμόζονται από αυτό. Ο ειδικός που θα τις εφαρμόσει είναι απαραίτητο να έχει λάβει κατάλληλη εκπαίδευση και να έχει κατανοήσει τόσο το λόγο για τον οποίο εφαρμόζονται όσο και τον τρόπο εφαρμογής που θα συμβάλει στην αποτελεσματικότητά τους. Παράδειγμα, είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται σε πολλά πλαίσια ταυτόχρονα, σταθερά, με συνέπεια στο χρόνο και στον τρόπο.

## 8.2 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΓΝΩΣΤΙΚΟΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Η γνωστική συμπεριφορική προσέγγιση είναι μία επέκταση της κλασικής συμπεριφορικής προσέγγισης. Σύμφωνα με αυτήν την προσέγγιση, ο τρόπος με τον οποίο κάποιος αντιλαμβάνεται τον εαυτό του, τον κόσμο και το περιβάλλον καθορίζει τον τρόπο με τον οποίο συμπεριφέρεται. Αν λοιπόν, κάποιος μέσω της συζήτησης και της εκπαίδευσης αποκτήσει αυτεπίγνωση των δυσλειτουργικών του αντιλήψεων και κατ' επέκταση των συμπεριφορών του μπορεί να ασκήσει έλεγχο σε αυτές.

Η συγκεκριμένη προσέγγιση αποσκοπεί στο να εκπαιδεύσει τα παιδιά και τις οικογένειές τους να εντοπίζουν, να κατανοούν και να ελέγχουν τις σκέψεις, τα συναισθήματα και τη συμπεριφορά τους. Άλλωστε η ερμηνεία που θα δώσουν οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί στη συμπεριφορά του παιδιού επηρεάζει και τις αντιδράσεις τους σε αυτήν. Το αποτέλεσμα μπορεί να είναι όχι μόνο η εκδήλωση της κατάλληλης συμπεριφοράς αλλά και η αύξηση της αυτοεκτίμησης των παιδιών και των γονέων, ως συνέπεια της βελτίωσης των διαπροσωπικών τους σχέσεων και της γενικότερης προσαρμογής στα εκάστοτε πλαίσια.

Επιπλέον, η γνωστική συμπεριφορική προσέγγιση έχει άμεση εφαρμογή στην βελτίωση των γνωσιακών ελλειμμάτων των παιδιών καθώς οι αρχές της βρίσκουν εφαρμογή στις τεχνικές γνωσιακής ενδυνάμωσης και αποκατάστασης. Συνοψίζοντας, οι βασικές αρχές της γνωστικής συμπεριφορικής προσέγγισης αν εφαρμοστούν, συμβάλλουν στην τροποποίηση της συμπεριφοράς των παιδιών, στην εκπαίδευση των κοινωνικών τους δεξιοτήτων, στην προαγωγή της ψυχικής τους υγείας και στην βελτίωση των γνωστικών τους ικανοτήτων.

### 8.3 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΕΜΠΛΟΚΗΣ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ

Με βάση την πολυδιάστατη προσέγγιση στη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ, η εμπλοκή των γονέων θεωρείται καθοριστικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα της παρέμβασης. Οι γονείς καλούνται να διαθέσουν χρόνο και να δείξουν προθυμία στις επισημάνσεις των ειδικών. Είναι απαραίτητο να καταλάβουν πώς οι ίδιοι μπορεί να συμβάλλουν στην εκδήλωση ή όχι μιας συμπεριφοράς του παιδιού, καθώς η διαταραχή είναι μία «οικογενειακή υπόθεση» όχι μόνο από άποψη προδιάθεσης και κληρονομικότητας αλλά και από άποψη αλληλεπιδράσεων των μελών της. Αν δεν το κατανοήσουν αυτό, δύσκολα θα μπου σε διαδικασίες αλλαγής του τρόπου με τον οποίο προσεγγίζουν και συμπεριφέρονται στο παιδί με ΔΕΠ-Υ. Αν αντιληφθούν τη συμβολή τους στη θεραπεία, τότε θα θέσουν μαζί με τον θεραπευτή στόχους ρεαλιστικούς και προσαρμοσμένους στις δικές τους δυνατότητες. Τελικά, οι γονείς καλούνται να γίνουν συν-θεραπευτές αφού σε αυτούς επαφίεται η εφαρμογή των τεχνικών, που θα τους υποδείξει ο ειδικός, σε πραγματικές συνθήκες.

Από την άλλη, ο τρόπος με τον οποίο ο θεραπευτής προσεγγίζει τους γονείς παίζει καθοριστικό ρόλο στο αν θα τους έχει συμμάχους στη θεραπευτική διαδικασία. Χρειάζεται λοιπόν να μην τηρεί επικριτική στάση, να τους ακούει ενεργητικά και να τους δίνει την αίσθηση ότι κατανοεί τις δυσκολίες τους. Επίσης, είναι σημαντικό να μπορεί να εντοπίζει, να αξιολογεί και να λαμβάνει υπόψη προσωπικά χαρακτηριστικά των γονέων που μπορεί να δυσκολέψουν τη μεταξύ τους συνεργασία. Ως εκ τούτου, καλείται να διαμορφώσει ένα θεραπευτικό πρόγραμμα θέτοντας ρεαλιστικούς στόχους, ως προς τις δυνατότητες και τους περιορισμούς του συγκεκριμένου οικογενειακού συστήματος.

Τέλος οι αρμοδιότητες του ειδικού δεν περιλαμβάνουν μόνο την ψυχοεκπαίδευση των γονέων για τη ΔΕΠ-Υ, την τροποποίηση των δυσλειτουργικών αντιλήψεων και συμπεριφορών τους αλλά και την γενικότερη συμβουλευτική και ψυχολογική τους υποστήριξη. Άλλωστε,

απώτερος στόχος του δεν είναι η αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της διαταραχής αλλά η αύξηση της λειτουργικότητας του παιδιού και η εύρυθμη λειτουργία της οικογένειας.

#### **8.4 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΕΜΠΛΟΚΗΣ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ**

Τα παιδιά αφιερώνουν ένα πολύ μεγάλο μέρος του χρόνου τους στη σχολική οικογένεια, της οποίας αποτελούν μέλη. Είναι απαραίτητο λοιπόν, οι ενήλικες αυτής της οικογένειας, στην προκειμένη οι εκπαιδευτικοί, να είναι ευαισθητοποιημένοι σε θέματα αναπτυξιακών διαταραχών και αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας. Πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν απέχθεια για το σχολείο καθώς δυσκολεύονται να προσαρμοστούν σε κανόνες που αφορούν τόσο τη διαδικασία της μάθησης όσο και τη διαδικασία της κοινωνικοποίησης. Οι δυσκολίες αυτές αλλά και η αναγκαστική συμμετοχή τους στο σχολικό πλαίσιο έχουν ως συνέπεια τη χαμηλή αυτοεκτίμηση και πιθανές επιθετικές συμπεριφορές.

Ο εκπαιδευτικός πρέπει να γνωρίζει τη φύση της ΔΕΠ-Υ προκειμένου να εντοπίσει και να κατανοήσει τις δυσκολίες ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ αλλά και να τις αντιμετωπίσει με τρόπο, ο οποίος θα βοηθήσει στην εμφάνιση των επιθυμητών συμπεριφορών και στην απόσβεση των αρνητικών. Έχει τη δυνατότητα δηλαδή να διευκολύνει το παιδί στη διαδικασία της μάθησης, να συμβάλει στην προώθηση της ψυχοκοινωνικής προσαρμογής του ίδιου αλλά και στην προαγωγή της ψυχικής υγείας της σχολικής τάξης εν γένει. Πέραν τούτου, η συμμετοχή του εκπαιδευτικού στη θεραπευτική διαδικασία είναι καθοριστική στη διαμόρφωση ενός κοινού θεραπευτικού σχεδίου παρέμβασης στο κλινικό, οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον. Αποτέλεσμα αυτού, είναι να υπάρχει συμφωνία και συνέπεια στον τρόπο αντιμετώπισης της συμπεριφοράς του παιδιού από τα σημαντικά για αυτό πρόσωπα στα πλαίσια στα οποία δραστηριοποιείται.

Ωστόσο, η ποιότητα της συνεργασίας που θα αναπτύξει ο εκπαιδευτικός με τον ειδικό συντονιστή αλλά και την υπόλοιπη ομάδα εξαρτάται και από

χαρακτηριστικά του ίδιου, όπως η πρόθεσή του να μάθει για τη ΔΕΠ-Υ, να αναθεωρήσει προσωπικές προκαταλήψεις και συνήθειες και να αφιερώσει χρόνο και ως ένα σημείο κόπο [93]. Χρειάζεται επίσης, να δεσμευτεί στην εφαρμογή των παρεμβάσεων με σταθερότητα και συνέπεια. Σε αντίθετη περίπτωση, η συμμετοχή του ειδικού μπορεί να αποβεί επιβλαβής για το παιδί. Ως εκ τούτου, απαραίτητη προϋπόθεση προκειμένου να συμμετάσχει ο εκπαιδευτικός στην θεραπευτική παρέμβαση είναι η αξιολόγηση τόσο της πρόθεσης και του κινήτρου του όσο και η ευρύτητα του πνεύματος που διαθέτει.

Από την άλλη, ο ειδικός εφόσον κρίνει ότι η συμμετοχή του συγκεκριμένου εκπαιδευτικού μπορεί να επιφέρει θετικά αποτελέσματα στη συνολική θεραπευτική παρέμβαση χρειάζεται να είναι υποστηρικτικός απέναντί του, τόσο σε επίπεδο γνώσεων όσο και σε επίπεδο συναισθήματος. Δεδομένου μάλιστα το μεγάλο αριθμό των παιδιών από τον οποίο αποτελείται μία τάξη πρέπει ο ειδικός να τον επιφορτίζει με οδηγίες και καθήκοντα που είναι ξεκάθαρα, σύντομα και εύκολα εφαρμόσιμα. Είναι πολύ σημαντικό, ο ειδικός να επισκεφθεί τον εκπαιδευτικό στο σχολικό πλαίσιο αλλά και ο ίδιος ο εκπαιδευτικός να διατηρεί δια ζώσης ή τηλεφωνική επικοινωνία μαζί του, κατά τα χρονικά διαστήματα που έχουν συμφωνήσει. Επίσης, ο ειδικός καλείται να διατηρήσει μία καλή συνεργασία ανάμεσα στο σχολείο και την οικογένεια, καθώς είναι δύο πλαίσια τα οποία συχνά ενοχοποιούν το ένα το άλλο ως προς τα αίτια της συμπεριφοράς του παιδιού.

## **8.5 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΕΜΠΛΟΚΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΔΕΠΥ ΣΤΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΤΟΥ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗ**

Όπως έχει αναφερθεί παραπάνω, η θεραπευτική παρέμβαση πραγματοποιείται από μία διεπιστημονική ομάδα που αποτελείται από επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων. Στους θεραπευτικούς στόχους που θα θέσουν οι ειδικοί αλλά και στις μεθόδους που θα εφαρμόσουν για να τους πετύχουν χρειάζεται να λαμβάνουν υπόψη την ηλικία του παιδιού, τη



βαρύτητα των πρωτογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, την πιθανή παρουσία συννοσηρότητας, το αναπτυξιακό του επίπεδο και την ευρύτερη οικογενειακή και κοινωνικοοικονομική του κατάσταση. Από την άλλη, η καλή γνώση της φύσης της ΔΕΠ-Υ αλλά και των βασικών γνωστικοσυμπεριφορικών τεχνικών στην αντιμετώπιση της διαταραχής δεν επαρκούν από μόνα τους. Ο χρόνος, ο τρόπος, ο τόπος που αυτές χρησιμοποιούνται αλλά και τα χαρακτηριστικά του κάθε επιστήμονα διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση μιας καλής θεραπευτικής σχέσης με το παιδί, η οποία αποτελεί αναγκαία και απαραίτητη προϋπόθεση για την επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος [90].

Η ενδεδειγμένη συχνότητα των συνεδρίων του ειδικού με το παιδί κυμαίνεται από μία έως τρεις φορές την εβδομάδα, με συχνότητα προτίμησης τις δύο φορές, αφού προηγουμένως το παιδί έχει καλύψει βασικές του ανάγκες (φαγητό, ξεκούραση). Η διάρκεια της συνεδρίας προτείνεται να είναι 45λεπτη και να περιλαμβάνει κάποια προσυμφωνημένα και σταθερά καθορισμένα διαλείμματα. Στη διατήρηση της προσοχής του παιδιού είναι πολύ βοηθητικές οι αυξομειώσεις στην ένταση, το ρυθμό και τον τόνο της φωνής. Ο θεραπευτής θα πρέπει να είναι ένα σταθερό πρόσωπο, να μην αλλάζει ανά διαστήματα και να έχει στην προσωπικότητα του χαρακτηριστικά, όπως η ευελιξία, η σταθερότητα, η υπομονή, η δημιουργικότητα, η εγρήγορση, η υψηλή αυτοεκτίμηση και η υψηλή αίσθηση αυτοαποτελεσματικότητας. Είναι σημαντικό να έχει προσωπικό ενδιαφέρον για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, καθώς αποτελούν μία ομάδα παιδιών που αντιλαμβάνονται και νιώθουν τις προθέσεις και τα συναισθήματα των κοντινών τους ανθρώπων. Ο ειδικός χρειάζεται να έχει τη θέση του απέναντι από το παιδί προκειμένου να διατηρεί μία συνεχή οπτική βλεμματική επαφή μαζί του. Το κάθισμα του παιδιού θα πρέπει να του διασφαλίζει μία δομημένη, ξεκάθαρη και οριοθετημένη καθιστή θέση. Τέλος, ως προς το χώρο στον οποίο πραγματοποιείται η συνεδρία χρειάζεται να μην είναι φορτωμένος από οπτικά και ακουστικά

ερεθίσματα, που δεν χρειάζονται, ενώ το υλικό που χρησιμοποιείται κάθε φορά πρέπει να φεύγει από την προσοχή του παιδιού και να τοποθετείται στη θέση του, πριν έρθει κάποιο άλλο στο οπτικό του πεδίο. Η εναλλαγή των δραστηριοτήτων αλλά και η καινοτομία στην παρουσίασή τους συμβάλει στο να διατηρηθεί αμείωτο το ενδιαφέρον και η προσοχή των παιδιών ή ακόμη στο να επανέρχεται πολύ γρήγορα.

Συνοψίζοντας, κάθε μέλος της διεπιστημονικής ομάδας οφείλει να ενημερώνεται από τον συντονιστή ειδικό, ο οποίος με τη σειρά του καλείται να επικαιροποιεί την πορεία του παιδιού με βάση τις πληροφορίες που λαμβάνει από τους υπόλοιπους ειδικούς, τους γονείς και το σχολικό πλαίσιο. Η αλληλεπίδραση όλων αυτών των παραγόντων επηρεάζει καθοριστικά την αποτελεσματικότητα κάθε παρέμβασης ξεχωριστά αλλά και εν γένει του όλου θεραπευτικού προγράμματος.

## **8.6 ΓΕΝΙΚΕΣ ΑΡΧΕΣ ΤΗΣ ΝΕΥΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΗΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ**

Με βάση τις νευρικές λειτουργίες και τα νευρικά συστήματα από τα οποία προκύπτει το κάθε σύμπτωμα της ΔΕΠ-Υ, οι Passarotti και Puvuluri συστήνουν την κατάλληλη παρέμβαση για κάθε περίπτωση. Παράδειγμα, η παρορμητικότητα προκύπτει από το γνωστικό ραχιαίο μετωποραβδωτό σύστημα και ως εκ τούτου η θεραπεία εκλογής είναι τα φάρμακα που λειτουργούν ψυχοδιεγερτικά και στόχο έχουν τον έλεγχο της συμπεριφορικής αναστολής [94]. Η ευαισθησία στη ματαίωση απορρέει κυρίως από το κοιλιακοραβδωτό σε αλληλεπίδραση με το ραχιαίο μετωποραβδωτό σύστημα. Συνεπώς, η εκπαίδευση που βασίζεται σε εξαρτήσεις και διαχείριση προτείνεται κατά προτεραιότητα, με στόχο να ρυθμίσει το σύστημα ανταμοιβής. Τέλος, γνωστικές λειτουργίες όπως η εργαζόμενη μνήμη, η λήψη αποφάσεων, ο σχεδιασμός, η προσοχή εντοπίζονται κυρίως στο ραχιαίο μετωποραβδωτό σύστημα. Ως εκ τούτου, χρησιμοποιούνται τεχνικές όπως η γνωστική εκπαίδευση μέσω υπολογιστή με σκοπό την βελτίωση των εκτελεστικών λειτουργιών εν γένει.

## 9. ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΕΠ-Υ

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας είναι μία από τις κοινές νευροαναπτυξιακές διαταραχές που διαγιγνώσκονται στα παιδιά, η οποία όμως επηρεάζει εκτός από το παιδί, την οικογένεια αλλά και ολόκληρη την κοινωνία. Εξαιτίας της έκτασης των επιπτώσεων της, σε μικρο και μακρο-κοινωνικό επίπεδο διεξάγονται πολλές μελέτες, ιδίως τις τελευταίες δεκαετίες, προκειμένου να σχεδιαστούν, να εφαρμοστούν αλλά και να αξιολογηθούν διάφορες θεραπευτικές παρεμβάσεις.

Η χρήση του όρου «θεραπευτική παρέμβαση» ενδείκνυται σε σχέση με τη χρήση του όρου «θεραπεία» καθώς στην ιατρική, η θεραπεία είναι συνυφασμένη με την πλήρη αποκατάσταση των συμπτωμάτων μιας νόσου και την επαναφορά του οργανισμού στην προτέρα κατάσταση. Επίσης, οι έρευνες δεν έχουν καταλήξει σε κάποια ιατρικού τύπου παρέμβαση, η οποία να «ομαλοποιεί» την οργανική βάση της διαταραχής. Έτσι, η παρέμβαση στη ΔΕΠ-Υ έχει ως στόχο τον περιορισμό της εμφάνισης των κύριων συμπτωμάτων της, την πρόληψη επιπλέον προβλημάτων, όπως μαθησιακές δυσκολίες, κακές διαπροσωπικές σχέσεις, προβλήματα συμπεριφοράς, τη μέγιστη αξιοποίηση του δυναμικού του παιδιού και τη βελτίωση της λειτουργικότητάς του σε όλους τους τομείς.

Οι σύγχρονες θεραπευτικές μέθοδοι που είναι ευρέως αποδεκτές για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ είναι η φαρμακοθεραπεία, οι ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις και ο συνδυασμός τους. Συμπληρωματικά με αυτές, μπορούν να εφαρμοστούν και κάποιες άλλες εναλλακτικές παρεμβάσεις. Η φαρμακοθεραπεία στα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχει επιβεβαιωθεί σημαντικά από την κλινική εμπειρία, ως προς την αποτελεσματικότητά της και πολλές φορές αποτελεί θεραπεία πρώτης επιλογής [95]. Οι ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις περιλαμβάνουν τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς και εκπαίδευσης στην απόκτηση δεξιοτήτων, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν από όλους τους σημαντικούς ενήλικες του παιδιού με ΔΕΠ-Υ (γονείς, αδέρφια, φίλους δασκάλους, ειδικούς). Οι παραπάνω τεχνικές δεν στοχεύουν μόνο στο να μάθει το ίδιο το παιδί να διαχειρίζεται τα

συμπτώματά του. Επιπλέον, «διδάσκουν» και τους «σημαντικούς άλλους» να διαχειρίζονται τις δυσκολίες τόσο του παιδιού όσο και τις δικές τους. Η αποτελεσματικότητα αυτών των παρεμβάσεων θεωρείται επίσης αρκετά μεγάλη, ώστε να αποκαλούνται και αυτές ως παρεμβάσεις πρώτης επιλογής.

Εναλλακτικές παρεμβάσεις αποτελούν οι παρεμβάσεις που, σύμφωνα με έρευνες, μπορούν να ανακουφίσουν και να αμβλύνουν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αλλά σε πολύ μικρότερο βαθμό απ' ό,τι οι κύριες. Δρουν επικουρικά στα «θεραπευτικά» αποτελέσματα των κύριων. Τέτοιες μπορεί να είναι παρεμβάσεις, όπως η βιοανάδραση μέσω εγκεφαλογραφήματος, η διατροφή, η φυσική δραστηριότητα, η θρησκεία, η αυτοπαρατήρηση. Πολλά υποσχόμενες συμπληρωματικές θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι τα λογισμικά που έχουν ως επίκεντρο τη γνωστική εκπαίδευση. Παρακάτω, θα περιγραφούν αναλυτικά οι κύριες παρεμβάσεις, θα ακολουθήσει κάποια συζήτηση, θα τεθούν προβληματισμοί ως προς την αποτελεσματικότητά τους εν συγκρίσει και θα αναφερθούν κάποια δεδομένα για τις συμπληρωματικές. Είναι απαραίτητο να θυμούνται όλοι οι εμπλεκόμενοι, ότι κάθε θεραπευτική παρέμβαση έχει τα όριά της, προκειμένου να θέσουν εφικτούς και ρεαλιστικούς στόχους στην αντιμετώπισή της. Τα όρια της κάθε παρέμβασης δεν έχουν να κάνουν μόνο με τις δυνατότητες και τους περιορισμούς της αλλά και με το γεγονός, ότι για να είναι αποτελεσματική, να διαρκεί στο χρόνο και να γενικευτεί και σε άλλα πλαίσια, προϋποθέτει δέσμευση, αποφασιστικότητα, υπομονή, επιμονή και χρόνο κατά την εφαρμογή της.

## 9.1 ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

Σύμφωνα με έρευνες, τρεις κατηγορίες ψυχοτρόπων φαρμάκων έχουν επιφέρει κάποια αποτελέσματα στον περιορισμό των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ: τα ψυχοδιεγερτικά, τα αντικαταθλιπτικά και τα αντι-υπερτασικά.

Τα ψυχοδιεγερτικά προτείνονται τις περισσότερες φορές στα παιδιά και σχεδόν πάντα στους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ [96]. Στις μέρες μας, τα κύρια ψυχοδιεγερτικά ταχείας αποδέσμευσης που χορηγούνται περιλαμβάνουν την ουσία δεξτροαμφεταμίνη και πιο σπάνια, λόγω πιθανών σοβαρών ηπατοτοξικών παρενεργειών, την ουσία πεμολίνη. Πρόκειται για γρήγορα απορροφόμενες και άμεσα δραστικές ουσίες, οι οποίες έχουν εμφανή αποτελέσματα στη συμπεριφορά του ατόμου στα πρώτα 30 με 45 λεπτά από τη λήψη τους. Η δράση τους διαρκεί από 3 έως 7 ώρες και για αυτό το λόγο, συχνά λαμβάνονται δύο ή τρεις φορές την ημέρα. Αρκετά αποτελεσματικά ψυχοδιεγερτικά φάρμακα περιλαμβάνουν και την ουσία μεθυλφαινιδάτη, η οποία διαρκεί μεγαλύτερο χρονικό διάστημα (έως 12 ώρες) κάτι που διευκολύνει στη λήψη της. Τα παραπάνω φάρμακα δρουν στις προμετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου και επιδρούν σε νευροδιαβιβαστές, όπως η ντοπαμίνη, η νορεπινεφρίνη, η επινεφρίνη και η σεροτονίνη, οι οποίοι συνδέονται με την αναστολή και την αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς. Ένα μεγάλο ποσοστό των παιδιών και των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ εμφανίζει μεγάλη βελτίωση στην κλινική του εικόνα μετά τη λήψη ψυχοδιεγερτικών των φαρμάκων.

Όταν η ψυχοδιεγερτικές ουσίες δεν ενδείκνυται ή δεν επιφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, προτείνεται η χρήση διεγερτικών φαρμάκων με αντικαταθλιπτική δράση που έχουν ως βάση την ατομοξετίνη και διαρκούν ένα εικοσιτετράωρο. Η ατομοξετίνη προκαλεί αύξηση της κατεχολαμινεργικής νευροδιαβίβασης στον προμετωπιαίο φλοιό, με συνέπεια να μπορεί να διατηρήσει το άτομο την προσοχή του για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα. Ωστόσο, η χορήγηση της ατομοξετίνης χρειάζεται έως και 12 εβδομάδες προκειμένου να επιφέρει κάποιο εμφανές αποτέλεσμα [97].

Κάποια αντικαταθλιπτικά φάρμακα χορηγούνται στα άτομα με ΔΕΠ-Υ κυρίως για να ρυθμίσουν συμπτώματα άγχους ή κατάθλιψης που αυτά μπορεί να εμφανίζουν. Παρόλο που οι έρευνες αποτελεσματικότητας των αντι-υπερτασικών είναι πολύ περιορισμένες, όταν αντενδείκνυται τα ψυχοδιεγερτικά μπορεί να χρησιμοποιηθεί η αντι-υπερτασική ουσία κλονιδίνη, η οποία προκαλεί διέγερση στους αδρενεργικούς υποδοχείς του εγκεφάλου και μπορεί να επιφέρει βελτίωση στη συγκέντρωση της προσοχής, αυξάνοντας τη νορεπινεφρίνη στον προμετωπιαίο φλοιό.

Οι παραπάνω ουσίες μειώνουν την έκταση των κύριων συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, παρορμητικότητα, διάσπαση προσοχής και άσκοπη δραστηριότητα, κυρίως σε δομημένες συνθήκες. Σύμφωνα με έρευνες, η κοινωνική αλληλεπίδραση και οι σχολικές επιδόσεις δεν βελτιώνονται αισθητά και μακροπρόθεσμα. Από την άλλη, μελέτες δείχνουν ότι η αυξημένη χρήση της μεθυλφενιδάτης μέσα στο χρόνο, περιορίζει αισθητά την αποτελεσματικότητά της.

Οι παρενέργειες των ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων, οι πιο συνηθισμένες από τις οποίες είναι η μείωση της όρεξης για φαγητό, προβληματίζουν ιδιαίτερα τους ειδικούς αλλά και τους γονείς. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και μειωμένη όρεξη εμφανίζουν ελλείμματα στην ανάπτυξη, κυρίως ως προς το ύψος και το βάρος τους. Άλλες παρενέργειες, πιο σπάνια εμφανιζόμενες, είναι η ταχυκαρδία, η ζάλη, η αϋπνία, η υπνηλία ή ακόμη και οι μυσσασμοί. Σε κάθε περίπτωση, ο παιδονευρολόγος ή ο παιδοψυχίατρος, αφού λάβει υπόψη το ιατρικό ιστορικό του παιδιού και τη συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με άλλες ψυχιατρικές διαταραχές, χρειάζεται να προτείνει την φαρμακοθεραπεία με τα μεγαλύτερα θεραπευτικά αποτελέσματα και τις λιγότερες παρενέργειες. Επιπλέον, πρέπει να αξιολογεί ανά τακτά χρονικά διαστήματα την αποτελεσματικότητά της [98].

Παρόλο που κάποιες έρευνες διαπιστώνουν τη μακροπρόθεσμη βελτίωση της λειτουργικότητας των ατόμων που λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή, θεωρείται ότι το πεδίο αυτό χρειάζεται περαιτέρω

διερεύνηση. Η σύγχρονη τάση στη φαρμακοθεραπεία προτείνει τη χορήγηση πάνω από μιας δραστικής ουσίας π.χ. αντι-υπερτασικά σε συνδυασμό με ψυχοδιεγερτικά. Η συνδυαστική φαρμακοθεραπεία επιφέρει καλύτερα αποτελέσματα εξαιτίας της συχνής συνύπαρξης της διαταραχής με άλλες [99]. Σύμφωνα με έρευνες η φαρμακοθεραπεία δεν αντιμετωπίζει την οργανική βάση της διαταραχής αφού δεν ομαλοποιεί τα νευρολογικά της ελλείμματα. Επίσης, δεν συνιστάται ως μεμονωμένη θεραπεία, αφού, μακροπρόθεσμα, μπορεί να οδηγήσει σε εθισμό και ακόμη και εξάρτηση από τα ναρκωτικά μέχρι την ενηλικίωση. Η φαρμακοθεραπεία δεν αποτελεί πανάκεια αλλά ούτε και διασφαλίζει τη θετική εξέλιξη ενός παιδιού. Φαίνεται ότι βοηθάει στην αντιμετώπιση των πρωτογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ αλλά δεν ασκεί μεγάλη επίδραση στην έκβασή της, στην εφηβεία και την ενηλικίωση. Τέλος, είναι σημαντικό να ειπωθεί ότι η αποτελεσματικότητα της φαρμακευτικής αγωγής εξαρτάται και από τις απόψεις και τα στερεότυπα των γονέων και του παιδιού, οι οποίες μπορεί να συμβάλλουν στην ασυνέπεια της λήψης της ή στην πρόωρη διακοπή της. Συνεπώς, η ψυχοεκπαίδευση των γονέων και των παιδιών γύρω από τα φάρμακα που συμβάλλουν στον περιορισμό των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, είναι καθοριστικής σημασίας και αποτελεί αναπόσπαστο έργο της ιατρικής-φαρμακευτικής παρέμβασης.

## 9.2 ΨΥΧΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ

### 9.2.1 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

Ανασκοπήσεις βιβλιογραφίας και μετα-αναλύσεις ερευνών γύρω από την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων τροποποίησης της συμπεριφοράς στη ΔΕΠ-Υ, συγκλίνουν στο ότι πρόκειται για μία πολύ σημαντική, ίσως η πιο σημαντική ψυχοπαιδαγωγική παρέμβαση στη διαχείρισή της.

Παρόλο που οι τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς είναι από τις πλέον κατάλληλες και αποτελεσματικές ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις εμφανίζουν και κάποιους περιορισμούς. Οι τεχνικές αυτές χρειάζεται να εφαρμόζονται ταυτόχρονα σε όλα τα πλαίσια, στα οποία κινείται το παιδί καθώς τα αποτελέσματα από την χρήση τους, δεν γενικεύονται αυτόματα από το ένα πλαίσιο στο άλλο. Επιπλέον, χρειάζεται να επαναλαμβάνονται μέσα στο χρόνο προκειμένου να διατηρηθούν τα αποτελέσματά τους. Τέλος, δεν ομαλοποιούν εξολοκλήρου τη συμπεριφορά του ατόμου.

Κύριος στόχος τους αποτελεί η ελάττωση της μη επιθυμητής συμπεριφοράς, η αύξηση της επιθυμητής και η υιοθέτηση καινούργιας, πιο λειτουργικής. Τα προγράμματα κατά κύριο λόγο, περιλαμβάνουν τεχνικές, κατά τις οποίες ενισχύεται αρνητικά μία αρνητική συμπεριφορά και θετικά μία θετική. Παρακάτω, παρατίθενται και επεξηγούνται κάποιες από τις πιο βασικές τεχνικές.

#### 1) Ο ΚΑΘΟΡΙΣΜΟΣ ΞΕΚΑΘΑΡΩΝ ΚΑΝΟΝΩΝ

Δεδομένης της δυσκολίας που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στο να ρυθμίσουν τα ίδια τη συμπεριφορά τους μέσα από εσωτερικευμένους κανόνες, είναι απαραίτητο να τίθενται σαφείς εξωτερικοί κανόνες και να προσδιορίζονται οι συνέπειες από την τήρηση ή την παραβίασή τους. Το παιδί είναι χρήσιμο να εμπλέκεται ενεργά, μέσα από μία καθοδηγούμενη συζήτηση, στη θέσπιση των κανόνων, καθώς αυτό βοηθάει στη δέσμευση του ως προς την τήρηση τους. Συνεπώς, σταδιακά θα νιώθει ικανό στο να



κατανοεί και να εφαρμόζει όποια συμπεριφορά αναμένεται. Αυτό, θα ενισχύσει την αυτοεκτίμησή του και θα βοηθήσει στη μείωση της παρορμητικότητάς του.

## 2) ΟΙ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΕΣ ΕΝΤΟΛΕΣ

Προκειμένου το παιδί να συνεργαστεί σε αυτό που θα του ζητήσουν να κάνει, χρειάζεται να είναι πολύ συγκεκριμένος ο τρόπος με τον οποίο αυτό θα πραγματοποιηθεί. Αφού διασφαλίσει ο ενήλικας ότι το παιδί τον προσέχει, όντας σε κοντινή απόσταση μαζί του και τηρώντας βλεμματική επαφή, μπορεί να του θέσει μία εντολή ή μία οδηγία. Είναι πολύ σημαντικό να τίθενται από τους ενήλικες οι πλέον απαραίτητες εντολές, σύντομα, λιτά, χωρίς ηθικολογίες, στα πλαίσια των προαποφασισμένων κανόνων και μόνο όταν οι ίδιοι είναι πρόθυμοι να εφαρμόσουν τις προσυμφωνημένες από την ανυπακοή τους συνέπειες. Οι εντολές πρέπει να είναι ξεκάθαρες, να διατυπώνονται καταφατικά, ενίοτε προστακτικά και χωρίς να λαμβάνουν τη μορφή ερώτησης. Βοηθάει ιδιαίτερα όταν καλείται το παιδί να τις ξαναπεί προκειμένου να βεβαιωθεί ότι τις πρόσεξε και ότι τις κατανόησε. Οι γονείς χρειάζεται να επιστούν την προσοχή των παιδιών στη συμπεριφορά που είναι αποδεκτή και όχι σε αυτήν που είναι μη αποδεκτή γι' αυτό λοιπόν, είναι χρήσιμο να αποφεύγεται η χρήση του "μη". Είναι επίσης σημαντικό, να υπάρχουν μεταβατικές προειδοποιήσεις και να δίνεται χρόνος στο παιδί, προκειμένου να εκτελέσει μία οδηγία. Την επανάληψη της οδηγίας, είναι σημαντικό να ακολουθεί η σαφής προειδοποίηση για τη συνέπεια που θα ακολουθήσει η μη εκτέλεσή της, στα πλαίσια των κανόνων και των συνεπειών που έχουν ήδη συμφωνηθεί. Η σταθερότητα και η αποφασιστικότητα των ενηλίκων προδιαθέτει τα παιδιά στην ανυπακοή και τη μη συνεργασία.

### 3) ΑΠΟΣΒΕΣΗ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΜΕΣΩ ΤΗΣ ΑΔΙΑΦΟΡΙΑΣ

Πολλές φορές, τα παιδιά εμφανίζουν μία συμπεριφορά προκειμένου να προσελκύσουν το ενδιαφέρον και την προσοχή των ενηλίκων. Σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πολύ βοηθητικό να έχουν ήδη εντοπίσει οι ενήλικες αυτές τις συμπεριφορές και να μην τις ενισχύουν (π.χ. μέσω μορφασμού, παρατήρησης, απειλής) παρέχοντας στο παιδί την προσοχή που αποζητά. Θα εξαλειφθεί λοιπόν αυτή η συμπεριφορά, αφού προηγουμένως περάσει από τη φάση της έντονης εκδήλωσής της, μέσω της οποίας, το παιδί θα αποπειραθεί να δοκιμάσει τα όρια του ενήλικα, προκαλώντας τον ακόμη περισσότερο. Η σταθερότητα που θα επιδείξει ο ενήλικας, κατά τη φάση όπου η συμπεριφορά αυξάνεται προκλητικά, είναι καθοριστικής σημασίας στην αποτελεσματικότητα της τεχνικής. Η συγκεκριμένη τεχνική δεν ενδείκνυται σε (αυτο) καταστροφικές συμπεριφορές, οι οποίες απαγορεύεται να αγνοούνται.

### 4) Η ΘΕΤΙΚΗ ΠΡΟΣΟΧΗ ΚΑΙ Ο ΕΠΑΙΝΟΣ

Κατά την θετική προσοχή και τον έπαινο ενισχύονται οι επιθυμητές μορφές συμπεριφοράς. Η ενίσχυση των προσδοκώμενων συμπεριφορών πραγματοποιείται μέσω της βλεμματικής επαφής, της ενεργητικής ακρόασης του παιδιού, της υποστηρικτικής συζήτησης καθώς και άλλων λεκτικών και μη λεκτικών θετικών αντιδράσεων (θετική προσοχή). Επιτυγχάνεται ακόμη και μέσω του επαίνου μία προσδοκώμενης συμπεριφοράς, ο οποίος πρέπει να συνοδεύεται από ξεκάθαρο εντοπισμό της συμπεριφοράς αυτής. Είναι πιο χρήσιμο να αναρωτιούνται οι ενήλικες, τι κάνουν όταν το παιδί δηλώνει θετικές συμπεριφορές, παρά πώς να διαχειριστούν αρνητικές του συμπεριφορές. Επίσης, είναι πολύ σημαντικό οι ενήλικες να διαμορφώνουν θετικές συνθήκες, προκειμένου το παιδί να εκδηλώσει επιθυμητές συμπεριφορές. Η προσοχή των ενηλίκων είναι ένα πολύ χρήσιμο εργαλείο για να "κερδίσουν" το παιδί με ΔΕΠ-Υ αρκεί να κατανοήσουν πότε και πώς πρέπει να την παρέχουν.

## 5)ΤΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΑΝΤΑΜΟΙΒΗΣ

Όταν δεν αρκεί ο έπαινος και η θετική προσοχή, προκειμένου να επιτύχει το παιδί έναν στόχο ή να αλλάξει μία συμπεριφορά του, εφαρμόζονται από τους ενήλικες επιπλέον τεχνικές θετικής ενίσχυσης, τα λεγόμενα συστήματα ανταμοιβής. Τα συστήματα ανταμοιβής έχουν την βάση τους στη λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς, σύμφωνα με την οποία, η εκδήλωση μιας συμπεριφοράς είναι αποτέλεσμα των γεγονότων που συμβαίνουν πριν από αυτήν αλλά και αυτών που την ακολουθούν. Συνεπώς, αν αλλάξουν οι συνθήκες πριν και μετά τη συμπεριφορά, θα αλλάξει και η συμπεριφορά.

Η διαδικασία που ακολουθείται είναι η εξής: εντοπίζονται οι συμπεριφορές, προσδιορίζεται ο χρόνος, ο τόπος αλλά και ο τρόπος που προκαλούνται και έπειτα απομονώνονται αυτές που χρειάζεται να αλλάξουν πρώτα. Επιλέγονται αρχικά οι συμπεριφορές που είναι πιο εύκολο να αλλάξει το παιδί, προκειμένου να λάβει ικανοποίηση. Έπειτα καθορίζεται το διάστημα, μέσα στο οποίο προβλέπεται να επιτευχθεί ένας στόχος και ορίζεται η αμοιβή (ενισχυτής) για την επίτευξή του. Ο ενισχυτής χρειάζεται να είναι σημαντικός για το παιδί, να εξατομικεύεται στην ηλικία του, το φίλο του, την προσωπικότητά του και να καθορίζεται από κοινού με τον ενήλικα. Είναι σημαντικό να αλλάζει με το χρόνο και να χορηγείται αμέσως μετά την επίτευξη του στόχου. Η προσυμφωνημένη αμοιβή παρέχεται από τον ενήλικα αμέσως και μόνο όταν το παιδί επιτύχει πλήρως το στόχο του. Όταν το παιδί δεν επιτυγχάνει το στόχο του, τότε ο ενήλικας μπορεί να αφαιρεί κάτι που ήδη έχει δοθεί και στο οποίο έχουν συμφωνήσει και οι δύο. Σταδιακά, το παιδί επιτυγχάνει το στόχο ή αλλάζει μία συμπεριφορά όχι μόνο για να λάβει την αμοιβή ή να μην χάσει κάτι που έχει κερδίσει αλλά και για την λεκτική επιβράβευση ή την ικανοποίηση που θα εκδηλώσει ο ενήλικας στη συμπεριφορά του. Η στάση των ενηλίκων χρειάζεται να χαρακτηρίζεται από συνέπεια, ακρίβεια, σταθερότητα και υπομονή καθώς η τροποποίηση μιας συμπεριφοράς πραγματοποιείται σταδιακά και προϋποθέτει χρόνο.

## 6) ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΔΡΑΣΕΩΝ ΚΑΙ Η ΔΙΑΚΟΠΗ ΤΗΣ ΘΕΤΙΚΗΣ ΕΝΙΣΧΥΣΗΣ

Πρόκειται για είδη τιμωρίας που τίθενται όταν χρειάζεται να μειωθούν δυσλειτουργικές συμπεριφορές, στην ελάττωση των οποίων δεν έχουν συμβάλει οι προηγούμενες τεχνικές, ή συμπεριφορές που είναι επικίνδυνες για το παιδί ή για τους άλλους. Είναι τεχνικές που εφαρμόζονται σε εξαιρετικές περιπτώσεις και όταν η σωστή χρήση της θετικής ενίσχυσης και της απόσβεσης δεν έχει επιφέρει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα. Παράδειγμα, όταν το παιδί εκδηλώνει μία επιθετική συμπεριφορά απέναντι σε κάποιον και όχι όταν γενικά είναι επιθετικό, τότε καλείται ο ενήλικας να του αφαιρέσει κάποια προνόμια που έχουν ήδη συμφωνήσει, ποια θα είναι αυτά. Η διακοπή του προνομίου χρειάζεται να συμβαίνει αμέσως μετά την εκδήλωση της μη επιθυμητής συμπεριφοράς ή όταν το παιδί είναι σε υπερβολική ένταση. Σε κάθε περίπτωση χρειάζεται το κόστος να είναι ανεκτό για το παιδί, να συμβαδίζει με την ηλικία του και να μην σχετίζεται με συναισθήματα αποδοχής και αγάπης των ενηλίκων. Όταν ο ενήλικας εφαρμόζει αυτήν την τεχνική, χρειάζεται να είναι σταθερός, ψύχραιμος και επεξηγηματικός ενώ λίγο αργότερα να επιδιώκει να διαμορφώνει συνθήκες που θα δίνουν στο παιδί την ευκαιρία να το ενισχύσει θετικά.

### 9.2.2 ΓΝΩΣΙΑΚΕΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

Οι γνωστικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις αποσκοπούν στην αλλαγή των δυσλειτουργικών αντιλήψεων και κατ'επέκταση των δυσλειτουργικών συμπεριφορών του παιδιού με ΔΕΠ-Υ, στη βελτίωση της συναισθηματικής του κατάστασης αλλά και στην αποκατάσταση των γνωστικών του ελλειμμάτων. Περιλαμβάνουν τεχνικές που βοηθούν το παιδί να αποκτήσει καλύτερο έλεγχο τόσο ως προς τη συγκέντρωση της προσοχής του όσο και ως προς την παρορμητικότητά του. Κάποιες από τις τεχνικές των παρεμβάσεων είναι: το παιχνίδι ρολών, οι τεχνικές επίλυσης προβλημάτων, οι τεχνικές βελτίωσης των γνωστικών λειτουργιών

(προσοχή, μνήμη εργασίας), οι τεχνικές αυτοαξιολόγησης και αυτοενίσχυσης και η εκπαίδευση στην αυτοκαθοδήγηση. Σε μία έρευνα, όταν τα παιδιά ενισχύονταν θετικά με συγκεκριμένη συχνότητα και ένταση κατά τη διάρκεια μιας δοκιμασίας, η οποία προϋπέθετε μεγάλη συγκέντρωση προσοχής, η εγρήγορση και η συντηρούμενη προσοχή τους βελτιωνόταν [100].

Οι γνωστικές συμπεριφορικές παρεμβάσεις πολλές φορές παίρνουν τη μορφή ψυχοθεραπείας με στόχο να βελτιωθεί η χαμηλή αυτοεκτίμηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, η ποιότητα των διαπροσωπικών του σχέσεων και της καθημερινότητάς του. Η ατομική ψυχοθεραπεία γνωστικό συμπεριφορικής προσέγγισης είναι από τις πιο αποτελεσματικές μορφές ψυχοθεραπείας που εφαρμόζονται στα προγράμματα ΔΕΠ-Υ.

### **9.2.3 ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ ΜΕ ΔΕΠ-Υ ΣΤΗΝ ΑΠΟΚΤΗΣΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ**

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται να αντιληφθούν και να τηρήσουν κοινωνικούς κανόνες κατά την αλληλεπίδρασή τους με τους άλλους, καθώς επιθυμούν την επικέντρωση της προσοχής πάνω τους εις βάρος των κανόνων και του δίκαιου παιχνιδιού. Επίσης, δυσκολεύονται να ερμηνεύσουν μη λεκτικά μηνύματα ή να προσδιορίσουν σχέσεις αιτίας-αποτελέσματος. Τα προβλήματα στη σχέση τους με τους συνομηλίκους δημιουργούν πρόσφορο έδαφος για την ανάπτυξη προβλημάτων συμπεριφοράς, όπως παραβατικότητα, κάπνισμα αλλά και προβλήματα ψυχικής υγείας, όπως κατάθλιψη τόσο στην εφηβεία όσο και στην ενήλικη ζωή. Δεδομένου λοιπόν, ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται στις κοινωνικές συναναστροφές με τους συνομηλίκους, η εκπαίδευσή τους στην απόκτηση κοινωνικών δεξιοτήτων είναι ένα πολύ σημαντικό τμήμα της θεραπευτικής παρέμβασης.

Τα προγράμματα εκπαίδευσης στις κοινωνικές δεξιότητες επικεντρώνονται στην κάλυψη των κοινωνιογνωστικών ελλειμμάτων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά εκπαιδεύονται στην αναγνώριση των

συναισθημάτων των συνομηλίκων τους, στην καλύτερη ερμηνεία των προθέσεων τους και στον εντοπισμό εναλλακτικών λύσεων σε δύσκολες κοινωνικές καταστάσεις. Μαθαίνουν επίσης, πώς να μοιράζονται, πώς να συνεχίζουν μία συζήτηση, να ανήκουν σε μια ομάδα παιδιών, να τηρούν κανόνες κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού, να περιμένουν τη σειρά τους, να διατηρούν την ψυχραιμία τους όταν αναστατώνονται, να αναγνωρίζουν τα συναισθήματά τους και να μιλάνε για αυτά.

Σύμφωνα με έρευνες, τέτοιου είδους προγράμματα δεν αποδίδουν ιδιαίτερα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, όταν εφαρμόζονται μόνο σε αυτά, καθώς τα αποτελέσματα της εκπαίδευσης δεν γενικεύονται στην καθημερινή τους ζωή. Τα προγράμματα έχουν καλύτερα αποτελέσματα όταν εκπαιδεύονται όχι μόνο τα παιδιά σε αυτά αλλά και οι γονείς τους, αφού είναι εκείνοι, που μπορούν να δημιουργούν κοινωνικά περιβάλλοντα μέσα από τα οποία θα εξασκούν τα παιδιά τις κοινωνικές τους δεξιότητες αλλά και εκείνοι, που μπορούν να παρέχουν θετικές ενισχύσεις κατά την εκδήλωση μιας επιθυμητής συμπεριφοράς (π.χ. μια βόλτα, ένα επιτραπέζιο παιχνίδι, μία αθλητική δραστηριότητα). Τέλος, η αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων εκπαίδευσης σε κοινωνικές δεξιότητες αυξάνεται, όταν εκπαιδεύονται σε αυτά και οι δάσκαλοι. Για αυτό λοιπόν, η σύγχρονη εφαρμογή αυτών των προγραμμάτων δεν περιορίζεται στην εκπαίδευση του παιδιού μόνο αλλά εμπλέκει και τους σημαντικούς για αυτόν ενήλικες, όπως είναι οι γονείς και ο δάσκαλος.

#### **9.2.4 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΤΕΧΝΙΚΕΣ ΤΡΟΠΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ**

Οι μέθοδοι τροποποίησης της συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν μπορούν να είναι αποτελεσματικές αν δεν εφαρμόζονται και από τους γονείς, αφού όταν οι γονείς τροποποιούν τη συμπεριφορά τους αυξάνονται οι πιθανότητες να αλλάξει και το παιδί τη δική του, προς όφελος όλων.

Όλα λοιπόν τα προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς εμπλέκουν ενεργά τον γονέα, με σκοπό να αντιληφθεί τους

δυσλειτουργικούς τρόπους αλληλεπίδρασης του με το παιδί και να τους αντικαταστήσει με νέους πιο βοηθητικούς. Αρχικά, είναι απαραίτητο να λάβουν οι γονείς από τον ειδικό συστηματική ψυχοεκπαίδευση, ως προς τη φύση της ΔΕΠ-Υ, τα αίτια και τους τρόπους αντιμετώπισής της. Η γνώση αυτή, θα τους βοηθήσει να κατανοήσουν τις δυσκολίες που βιώνει το παιδί, τα αίτια των δυσκολιών και να εμπλακούν πιο συνειδητά και πρόθυμα στους τρόπους αντιμετώπισής τους. Η ψυχοεκπαίδευση επιπλέον θα ενισχύσει τους δεσμούς τους με το παιδί και θα συμβάλλει στην ανάπτυξη μιας «θεραπευτικής συμμαχίας» με τους ειδικούς.

Έπειτα, οι γονείς εκπαιδεύονται στην παρατήρηση των γεγονότων /των αντιδράσεων που προηγήθηκαν ή ακολούθησαν την συμπεριφορά στόχο. Αφού καταλάβουν τη σύνδεση γεγονότων/αντιδράσεων με τη συμπεριφορά, εκπαιδεύονται στις συμπεριφορικές τεχνικές που μπορούν να εφαρμόσουν, όπως η θετική ή η αρνητική ενίσχυση, προκειμένου να επιτευχθεί η επιθυμητή συμπεριφορά.

Ένα τέτοιο πρόγραμμα μπορεί να περιλαμβάνει τα εξής στάδια:

1. Ψυχοεκπαίδευση σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ και τις κύριες αρχές της συμπεριφορικής θεραπείας.
2. Εντοπισμός και καταγραφή των συμπεριφορών στόχων και διαμόρφωση μιας κάρτας παρακολούθησης της πορείας τους και αντίστοιχες επιβραβεύσεις στο σπίτι ή στο σχολείο.
3. Εκπαίδευση στην εκδήλωση προσοχής σε μία επιθυμητή συμπεριφορά και παροχή αγνότητας σε μία ανεπιθύμητη.
4. Εκπαίδευση στο πώς θα εκφράζονται όταν δίνουν εντολές ή κάνουν παρατηρήσεις.
5. Εκπαίδευση στη διαμόρφωση και εφαρμογή κανόνων και συνεπειών της μορφής: «όταν κάνεις αυτό, τότε θα συμβεί εκείνο».
6. Εκπαίδευση στο πότε και με ποιον τρόπο θα δίνουν ενίσχυση.
7. Εκπαίδευση στην εφαρμογή των ανταλλάξιμων αμοιβών και των τεχνικών αντίδρασης κόστους.

8. Προεργασία για τη γενίκευση των παραπάνω τεχνικών και σε εκδηλώσεις της επιθυμητής συμπεριφοράς έξω από το σπίτι.

9. Εκπαίδευση στις τεχνικές επίλυσης προβλημάτων και στο πώς να τις εφαρμόζουν.

10. Προετοιμασία για την διαχείριση των υποτροπών.

Σύμφωνα με έρευνες, η εκπαίδευση των γονέων στη χρήση τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα αποτελεσματική στην αύξηση της λειτουργικότητας του παιδιού και ως εκ τούτου στην εύρυθμη λειτουργία της οικογένειας. Συγκεκριμένα, τα αποτελέσματα αφορούν στην ελάττωση της προκλητικής και διασπαστικής συμπεριφοράς του παιδιού και στην βελτίωση της συνεργασίας του. Όσον αφορά τους γονείς, βελτιώνοντας την αποτελεσματικότητα των πρακτικών που χρησιμοποιούν, βελτιώνονται και τα δικά τους αισθήματα απογοήτευσης, ματαίωσης, ανεπάρκειας και ενοχών, αυξάνεται η αίσθηση της αυτοαποτελεσματικότητάς τους, μειώνεται το άγχος τους και τέλος, βελτιώνεται η αλληλεπίδρασή τους, τόσο με τα υπόλοιπα μέλη της οικογένειας όσο και με το ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον, με αποτέλεσμα να βελτιώνεται συνολικά η ποιότητα ζωής τους. Δυστυχώς, δεν απολαμβάνουν όλοι οι γονείς τις θετικές επιπτώσεις από την εφαρμογή τέτοιων προγραμμάτων. Προσωπικές, κοινωνικές και οικονομικές τους δυσκολίες μπορεί να στέκονται εμπόδιο τόσο στη συμμετοχή τους σε ένα τέτοιο πρόγραμμα όσο και στον τρόπο εφαρμογής του.

### **9.2.5 ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΤΗΝ ΚΑΛΥΨΗ ΤΩΝ ΨΥΧΟΣΥΝΑΙΣΘΗΜΑΤΙΚΩΝ ΑΝΑΓΚΩΝ ΤΩΝ ΜΕΛΩΝ ΤΗΣ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΣ**

Καθώς η οικογένεια αποτελεί ένα σύστημα μελών που αλληλοεπιδρούν μεταξύ τους, η συμβουλευτική υποστήριξη που παρέχεται στους γονείς από τον ειδικό αφορά το παιδί με ΔΕΠ-Υ, το παιδί χωρίς ΔΕΠ-Υ ή άλλη αναπτυξιακή διαταραχή αλλά και τον ίδιο. Οι γονείς είναι ανάγκη να κατανοήσουν από τον ειδικό, ότι τα παιδιά για την ομαλή τους ανάπτυξη



χρειάζονται ένα σταθερά αγαπητικό οικογενειακό περιβάλλον. Σε ένα τέτοιο οικογενειακό περιβάλλον, οι σχέσεις μεταξύ των μελών διέπονται από άνευ όρων αποδοχή και αγάπη, από εκδήλωση τρυφερότητας, από υποστηρικτική διάθεση, από αναγνώριση των ικανοτήτων, ενθάρρυνση, επιβράβευση της προσπάθειας και αποφυγή αρνητικής κριτικής. Σε συνθήκες συναισθηματικής στέρησης, αρνητισμού και αποδοκιμασίας, οποιαδήποτε τεχνική όσο αποτελεσματική και αν θεωρείται, δεν αποδίδει.

Συνεπώς, η συμβουλευτική των γονέων είναι απαραίτητο να ξεκινάει από την ψυχοεκπαίδευση πάνω στις κύριες ψυχοσυναισθηματικές και βιολογικές ανάγκες των παιδιών, στους διάφορους τρόπους με τους οποίους αυτά μπορεί να τις εκδηλώσουν και πως οι ίδιοι μπορούν να ανταποκριθούν επαρκώς σε αυτές. Ωστόσο, η κάλυψη των συναισθηματικών αναγκών των ιδίων των γονέων αποτελεί βασική προϋπόθεση για την εύρυθμη λειτουργία της οικογένειας. Γονείς με έντονη συναισθηματική κόπωση, αισθήματα θυμού ή χαμηλής αυτοαποτελεσματικότητας, εξαιτίας της διαταραχής αλλά και άλλων παραγόντων, είναι απαραίτητο να λάβουν πρωτίστως οι ίδιοι βοήθεια. Ο ειδικός οφείλει να διερευνήσει δικές τους συναισθηματικές ανάγκες, να τις αξιολογήσει και να παράσχει βασική υποστήριξη. Συνήθως, οι γονείς ανακουφίζονται και νιώθουν λιγότερο μόνοι ή ένοχοι όταν εκφράζουν συναισθήματα θυμού, αγανάκτησης ή συναισθηματικής κόπωσης, τα οποία γίνονται απόλυτα κατανοητά και αποδεκτά από τον ειδικό. Ιδίως οι μητέρες, σύμφωνα με έρευνες, οδηγούνται σε αύξηση της συναισθηματικής τους αυτορρύθμισης [101]. Η ψυχολογική υποστήριξη του γονέα μπορεί να εκτείνεται σε ένα ευρύ φάσμα παρέμβασης του ειδικού, από την παροχή ενεργητικής ακρόασης και συναισθηματικής αντανάκλασης μέχρι και την παραπομπή για τη λήψη εξειδικευμένης ψυχολογικής βοήθειας.

## **9.2.6 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΩΝ ΓΟΝΕΩΝ ΣΕ ΘΕΜΑΤΑ ΣΧΟΛΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΑΛΛΑ ΚΑΙ ΣΕ ΑΛΛΑ ΚΑΘΗΜΕΡΙΝΑ ΘΕΜΑΤΑ**

Από έρευνες αλλά και από την κλινική εμπειρία, προκύπτει ότι η σχολική μελέτη αποτελεί από τις πιο χρονοβόρες αλλά και ψυχοφθόρες διαδικασίες τόσο για το παιδί με ΔΕΠ-Υ όσο και για τους γονείς του. Είναι σημαντικό λοιπόν, ο γονέας να λάβει κάποιες βασικές οδηγίες που θα διευκολύνουν όσους εμπλέκονται σε αυτή τη διαδικασία. Είναι πολύ βοηθητικό, ο γονέας να διαμορφώνει μία οργανωμένη καθημερινότητα με σταθερές ρουτίνες, χρονικά και τοπικά, οι οποίες διευκολύνουν το παιδί να ακολουθεί τις καθημερινές απαιτήσεις και να μειώνει τις παρορμητικές του εκδηλώσεις. Οι οπτικές υπενθυμίσεις σε διάφορα σημεία του σπιτιού και η χρήση ρολογιού ή χρονομέτρου αποτελούν εργαλεία που προσανατολίζουν το παιδί στις ανάγκες της καθημερινότητας.

Ο χώρος της μελέτης χρειάζεται να είναι συγκεκριμένος, να παραμένει ο ίδιος, να είναι απλός χωρίς πολλά αντικείμενα που πιθανόν να του αποσπούν την προσοχή και μακριά από θορυβώδεις πηγές, όπως η τηλεόραση. Στο γραφείο του χρειάζεται να βρίσκονται μόνο τα βιβλία και τα μολύβια που θα χρησιμοποιήσει, καθώς διακοσμητικά ή άλλα αντικείμενα, εύκολα μπορούν να του αποσπάσουν την προσοχή από το κύριο έργο του. Ως προς το χρόνο του διαβάσματος, είναι σημαντικό να ξεκινάει την ίδια ώρα κάθε μέρα και κυρίως νωρίς το απόγευμα, προκειμένου το παιδί να είναι ξεκούραστο και να του δοθεί η δυνατότητα να αποκτήσει προνόμια μόλις το τελειώσει. Επιπλέον, σε κάποιες περιπτώσεις βοηθάει να συζητήσει ο γονέας με το δάσκαλο, το ενδεχόμενο της μείωσης της ύλης για το παιδί. Τέλος, οι γονείς χρειάζεται να θυμούνται, ότι η μάθηση είναι μία διαδικασία που δεν εξαντλείται στη μελέτη των βιβλίων. Παιχνίδια παρατήρησης σε εξωτερικούς χώρους, κατασκευαστικά ή άλλα παιχνίδια, η επίσκεψη σε ένα μουσείο, μπορεί να αποτελέσουν εμπειρικές πηγές μάθησης και εξάσκησης των νοητικών λειτουργιών του παιδιού με ΔΕΠ-Υ.

### 9.2.7 Η ΨΥΧΟΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ

Δεδομένου ότι, το παιδί διέρχεται ένα μεγάλο μέρος του χρόνου του στο σχολείο, αυτό αποτελεί τον δεύτερο χώρο μετά το σπίτι, στα πλαίσια του οποίου, η πραγματοποίηση των προγραμμάτων αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ είναι απαραίτητη. Για να είναι αποτελεσματικές οι ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις στο σχολείο προϋποθέτουν την ταυτόχρονη και εύρυθμη συνεργασία της οικογένειας, των ειδικών και των εκπαιδευτικών.

Μάλιστα, σύμφωνα με νεότερες έρευνες, η ταυτόχρονη εμπλοκή των γονέων και των εκπαιδευτικών σε αυτά τα προγράμματα συμβάλλει τόσο στην καλλιέργεια των σχολικών και συμπεριφορικών δεξιοτήτων του παιδιού όσο και στην διευθέτηση προβλημάτων που σχετίζονται με την επίδοσή και τη συμπεριφορά στο σχολείο. Οι παρεμβάσεις συνήθως περιλαμβάνουν μεθόδους τροποποίησης της συμπεριφοράς και γνωσιακές συμπεριφορικές μεθόδους, που επικεντρώνονται στη διαχείριση των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα παιδιά σε επίπεδο μάθησης, συμπεριφοράς και κοινωνικής αλληλεπίδρασης [102].

Και στο πλαίσιο του σχολείου, οι ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις ξεκινούν από την ψυχοεκπαίδευση για τη ΔΕΠ-Υ, προκειμένου οι εκπαιδευτικοί να μπορέσουν να κατανοήσουν και να αναγνωρίσουν τις δυσκολίες που προκύπτουν από τη διαταραχή για τους μαθητές τους αλλά και να αντιληφθούν τη λειτουργικότητα των προγραμμάτων τροποποίησης της συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, οι εκπαιδευτικοί πρέπει να γνωρίζουν ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή, με βιολογικό υπόβαθρο που προκαλεί δυσκολίες μάθησης και συμπεριφοράς με βασική τον μειωμένο αυτοέλεγχο. Τα ελλείμματα μάθησης που εμφανίζει το παιδί με ΔΕΠ-Υ έχουν να κάνουν με την συγκέντρωση της προσοχής του για πολλή ώρα, με τις οργανωτικές του ικανότητες και τις ικανότητες αυτοελέγχου της συμπεριφοράς. Είναι σημαντικό να κατανοήσουν, ότι το παιδί με ΔΕΠ-Υ γνωρίζει τί να κάνει αλλά δυσκολεύεται να το κάνει.

Είναι καθοριστικής σημασίας, να μάθουν οι εκπαιδευτικοί, ότι η εξέλιξη της διαταραχής είναι δυνατόν να ελεγχθεί με παρεμβάσεις στο

περιβάλλον, οι οποίες ναι μεν μπορούν να μειώσουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων και να βελτιώσουν τη λειτουργικότητα του παιδιού αλλά δεν μπορούν να επηρεάσουν την βιολογική βάση των ελλειμμάτων του. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διευκολύνονται όταν το περιβάλλον τους είναι δομημένο, όταν λαμβάνουν συχνές και σημαντικές για αυτά θετικές συνέπειες, όταν οι αρνητικές συνέπειες εφαρμόζονται συστηματικά και με συνέπεια και όταν οι διδακτικές μέθοδοι είναι προσαρμοσμένες στις δυνατότητες και τους περιορισμούς τους.

Μετά την ψυχοεκπαίδευση, λαμβάνει σειρά η εκπαίδευση των δασκάλων στη λειτουργική ανάλυση της συμπεριφοράς. Χρειάζεται ο δάσκαλος να κατανοήσει, ότι η συμπεριφορά του παιδιού επηρεάζεται από τις συνθήκες/αντιδράσεις που προηγούνται ή που έπονται αυτής. Συνεπώς, δεν αρκεί μόνο να εντοπιστούν οι συμπεριφορές που χρειάζεται να αλλάξουν αλλά και αυτές που προηγούνται ή έπονται [103]. Ο εκπαιδευτικός, εκτός του ότι δέχεται πληροφορίες, αποτελεί και το άτομο το οποίο θα δώσει στον ειδικό πληροφορίες, που αφορούν τη συμπεριφορά του παιδιού μέσα στην τάξη αλλά και έξω από αυτήν, τη σχέση του με τους συμμαθητές του, το επίπεδο των σχολικών του επιδόσεων, και τον τρόπο εμπλοκής του στη μαθησιακή διαδικασία. Τέλος, η (ψυχο)εκπαίδευση του δασκάλου από τον ειδικό, αυξάνει το αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητάς του, ενισχύει την ψυχική του ανθεκτικότητα και το κίνητρό του για περαιτέρω εμπλοκή.

### **9.2.8 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ ΣΤΗ ΣΧΟΛΙΚΗ ΤΑΞΗ**

Ο εκπαιδευτικός είναι πολύ χρήσιμο να ακολουθήσει συγκεκριμένους τρόπους διαχείρισης της συμπεριφοράς ενός μαθητή με ΔΕΠ-Υ μέσα στην τάξη, προκειμένου να βοηθήσει τόσο το ίδιο όσο και τους υπόλοιπους μαθητές. Οι τρόποι αυτοί βοηθούν εκπαιδευτικά και τα νευροτυπικά παιδιά, τα οποία σε σχέση με τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορούν να προσαρμοστούν και σε λιγότερο διευκολυντικές γι' αυτά συνθήκες.

Ένα εκπαιδευτικό περιβάλλον για να προάγει τη συνεργασία, τη νοητική και την ψυχοσυναισθηματική ανάπτυξη του παιδιού χρειάζεται να περιλαμβάνει έναν δάσκαλο, ο οποίος αγαπάει τα παιδιά και αποδέχεται το καθένα ξεχωριστά, σεβόμενος τις ικανότητες και τους περιορισμούς του. Επιπλέον, όσο αφορά το παιδί με ΔΕΠ-Υ, ο εκπαιδευτικός χρειάζεται να ανταποκρίνεται με μεγαλύτερη ψυχραιμία και σταθερότητα, σε πιθανές προκλητικές του συμπεριφορές. Τα παραπάνω δημιουργούν ένα κατάλληλο έδαφος για την αποτελεσματικότητα της εφαρμογής των συμπεριφορικών τεχνικών.

Ο εκπαιδευτικός, ο οποίος συνήθως παρευρίσκεται σε αυθόρμητες συνθήκες αλληλεπίδρασης των μαθητών μεταξύ τους, πρέπει να υπενθυμίζει την επιθυμητή συμπεριφορά και να παρέχει την αντίστοιχη προσυμφωνημένη ενίσχυση. Χρειάζεται να θέτει ξεκάθαρους κανόνες συμπεριφοράς μέσα στην τάξη, να ενισχύει συστηματικά τα παιδιά που τους ακολουθούν και να παρέχει επιβράβευση σε κάθε συμπεριφορά που διέπεται από ευγένεια και υπομονή απέναντι στους συμμαθητές. Στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι σημαντικό να αναφέρεται δημόσια στα θετικά τους στοιχεία, καθώς αυτό μπορεί να τα κινητοποιήσει στην εφαρμογή επιθυμητών μορφών συμπεριφοράς αλλά και να αντισταθμίσει τα αρνητικά τους, στη σκέψη των συμμαθητών τους. Εκτός των άλλων, ο δάσκαλος θα προωθήσει θετικά πρότυπα συμπεριφοράς, καθώς ο ίδιος αποτελεί ένα θετικό πρότυπο μίμησης για τα άλλα παιδιά αλλά και για το παιδί με ΔΕΠ-Υ.

Εκτός από τη διαμόρφωση της συμπεριφοράς του όμως, ο εκπαιδευτικός καλείται να δομήσει και να οργανώσει την τάξη του. Το καθημερινό πρόγραμμα είναι σημαντικό να είναι σε εμφανές σημείο αναρτημένο και να το γνωρίζουν από πριν οι μαθητές. Οι κανόνες χρειάζεται να είναι σαφείς και ξεκάθαρα διατυπωμένοι. Το ίδιο και οι συνέπειες, οι οποίες συν τοις άλλοις πρέπει να είναι ρεαλιστικές και εύκολα εφαρμόσιμες. Βοηθάει πολύ, όταν οι κανόνες λειτουργίας επαναλαμβάνονται και υπενθυμίζονται στην έναρξη κάθε δραστηριότητας,

είτε με προφορικά είτε με άλλα οπτικά μέσα, όπως εικόνες ή οι ήχοι. Τέλος, όσον αφορά τη θέση του θρανίου ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ χρειάζεται να εφαρμόζονται τα εξής: το παιδί να κάθεται στα πρώτα θρανία, τα οποία πρέπει να έχουν απόσταση από τα παράθυρα και να μην απέχουν από το γραφείο του δασκάλου. Αυτό θα διευκολύνει την παροχή από μέρους του δασκάλου λεκτικών και μη λεκτικών εξωτερικών ενδείξεων, όπως η βλεμματική επαφή, οι οποίες θα βοηθήσουν το παιδί να αντιληφθεί την απόκλιση της συμπεριφοράς του και να την ανάγκη για τροποποίησή της. Στην επαναφορά της προσοχής του μαθητή, όταν αυτή αποσπαστεί, βοηθάνε κυρίως τα μη λεκτικά μέσα, όπως ένα βλέμμα, μία κίνηση ή κάποια σύμβολα, στη χρήση των οποίων έχουν συμφωνήσει από πριν, ο δάσκαλος και ο μαθητής. Στον έλεγχο της νευρικότητας αλλά και στην βελτίωση της προσοχής και της συγκέντρωσης του μαθητή μπορεί να βοηθήσει, η χρήση αντικειμένων που απασχολούν τα δάχτυλα (fidget spinners) [104]. Τέλος, ο εκπαιδευτικός διευκολύνει το παιδί με ΔΕΠ-Υ να εκτονωθεί κινητικά, όταν του αναθέτει καθήκοντα που απαιτούν φυσική κίνηση, όπως το σβήσιμο του πίνακα, η συγκέντρωση των τετραδίων, η διανομή των φωτοτυπιών, το ξύσιμο του μολυβιού του. Ακόμα και η χρήση υπολογιστή τσέπης συγκαταλέγεται σε αυτές τις δραστηριότητες.

### **9.2.9 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΝΕΠΙΘΥΜΗΤΗΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ**

Η συμβουλευτική στους εκπαιδευτικούς για το πώς να διαχειριστούν ανεπιθύμητες συμπεριφορές, που προκύπτουν μέσα στην τάξη, περιλαμβάνει τεχνικές τροποποίησης συμπεριφοράς, που έχουν ήδη αναφερθεί, προσαρμοσμένες στο σχολικό περιβάλλον. Δεδομένου ότι, το παιδί με ΔΕΠ-Υ χρειάζεται την προσοχή των ενηλίκων πιο συχνά και πιο τακτικά από ένα νευροτυπικό παιδί της ηλικίας του, οι εκπαιδευτικοί μπορούν να εφαρμόσουν την τεχνική της διαφορικής ενίσχυσης. Σύμφωνα

με αυτή την τεχνική, ο εκπαιδευτικός ενισχύει θετικά το παιδί δίνοντάς του προσοχή, όταν αυτό εμφανίζει μία επιθυμητή συμπεριφορά. Κατά τη διάρκεια αυτής της συμπεριφοράς, ο εκπαιδευτικός πρέπει να τον ενισχύει λεκτικά και μη λεκτικά, όπως με τη χρήση επαίνου, με ένα χαμόγελο, ένα θετικό νεύμα, προκειμένου να το ενθαρρύνει να διατηρήσει αυτήν τη συμπεριφορά.

Αντίστοιχα, κατά την εκδήλωση μη επιθυμητών συμπεριφορών, οι οποίες είναι ήπια προκλητικές και δεν είναι καταστροφικές για το παιδί ή για τους συμμαθητές του χρειάζεται να αδιαφορεί σκόπιμα. Πρόκειται για την τεχνική της προγραμματισμένης αδιαφορίας, η οποία έχει ακόμη καλύτερα αποτελέσματα, όταν παράλληλα με την εφαρμογή της, ο δάσκαλος ενισχύει θετικά την αντίστοιχη επιθυμητή συμπεριφορά που εκδηλώνει άλλο παιδί. Μόλις ο μαθητής με ΔΕΠ-Υ αλλάξει τη συμπεριφορά του και είναι πλέον αυτή αποδεκτή, τότε ο εκπαιδευτικός μπορεί να εφαρμόσει τον έπαινο για την επιθυμητή συμπεριφορά. Ουσιαστικά, πραγματοποιείται έμμεση μάθηση αφού προβάλλεται η επιθυμητή συμπεριφορά και ενισχύεται το παιδί, όταν την εκδηλώσει. Ο συνδυασμός των παραπάνω τεχνικών μπορεί να εφαρμοστεί σε περίπτωση που ένα παιδί σηκώνεται από τη θέση του. Τότε ο δάσκαλος επαινεί το παιδί που κάθεται ήσυχα και μόλις κάτσει και το παιδί με ΔΕΠ-Υ ήσυχα, επαινεί και αυτό.

Ο έπαινος, ως ένας τρόπος να ενισχυθεί η θετικά η εμφάνιση της επιθυμητής συμπεριφοράς, προκειμένου να έχει τα προσδοκώμενα αποτελέσματα, χρειάζεται να παρέχετε στο παιδί αμέσως μόλις αυτό εφαρμόσει την επιθυμητή συμπεριφορά. Ο έπαινος μπορεί να δίνεται με έντονα μη λεκτικά στοιχεία, όπως ένα ζεστό και προσωπικό ύφος, με θετικές εκφράσεις προσώπου και αντίστοιχη χροιά φωνής. Επίσης, κατευθείαν ο εκπαιδευτικός να συγκεκριμενοποιεί τη συμπεριφορά για την οποία ο έπαινος δόθηκε. Μία άλλη τεχνική είναι η διαμόρφωση ενός συστήματος αμοιβών, στα πλαίσια ενός είδους παιχνιδιού, που εμπεριέχει ξεκάθαρα καθορισμένους και ρεαλιστικούς στόχους, οι οποίοι αρχικά είναι

εύκολο να επιτευχθούν ενώ σταδιακά αυξάνεται η δυσκολία τους, σύμφωνα πάντα με τις επιδόσεις του παιδιού. Με αυτή την τεχνική μπορούν να εκδηλωθούν επιθυμητές συμπεριφορές και να εκλείψουν μη επιθυμητές.

Σε κάθε περίπτωση, η φύση των ενισχυτών παίζει καθοριστικό ρόλο στην αποτελεσματικότητα ενός τέτοιου συστήματος. Ο εκπαιδευτικός μπορεί να εντοπίσει τους ενισχυτές, είτε συζητώντας με το παιδί είτε παρατηρώντας τις δραστηριότητες στις οποίες λαμβάνει μέρος. Συχνότερο παράδειγμα ενός τέτοιου ενισχυτή μπορεί να αποτελέσει η πρόσβαση σε αυτές τις δραστηριότητες. Ένα άλλο παράδειγμα που αφορά κυρίως τα παιδιά μικρότερης ηλικίας είναι μικρά δωράκια, όπως αυτοκόλλητα, σφραγίδες ή άλλα σχολικά είδη, τα οποία τοποθετούνται από πριν σε μία τσάντα και το παιδί χρειάζεται να βάλει το χέρι του και να τραβήξει τυχαία ένα από αυτά. Στα παιδιά μεγαλύτερης ηλικίας, ο ενισχυτής μπορεί να είναι ο αυξημένος χρόνος διαλείμματος, ένα παιχνίδι στον υπολογιστή, η θέση του βοηθού του δασκάλου [105]. Είναι σημαντικό ο εκπαιδευτικός να αλλάζει τους ενισχυτές κάθε δύο με τρεις εβδομάδες, καθώς τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ εύκολο να τους συνηθίσουν και να μην τους είναι πλέον δελεαστικοί. Ένας άλλος τρόπος εφαρμογής αυτού του συστήματος, που αφορά κυρίως το σύνολο της τάξης είναι να κερδίζουν τα παιδιά πόντους, όταν εφαρμόζουν την επιθυμητή συμπεριφορά και όταν δεν την εφαρμόζουν, να κερδίζει ο εκπαιδευτικός.

Σε περίπτωση που το παιδί εκδηλώνει μία επιθετική συμπεριφορά για την οποία χρειάζεται να ακολουθήσει κάποια αρνητική συνέπεια, η αντίδραση κόστους και η απομάκρυνση από το θετικό ενισχυτή είναι οι πλέον ενδεδειγμένες τεχνικές, οι οποίες όμως πρέπει να εφαρμόζονται προσεκτικά και ψύχραιμα. Σε πολλές περιπτώσεις, εφαρμόζεται η απώλεια του διαλείμματος, ως συνέπεια της εκδήλωσης μίας μη επιθυμητής συμπεριφοράς. Ωστόσο, αυτό δεν βοηθάει ιδιαίτερα το παιδί με ΔΕΠ-Υ, το οποίο έχει μεγάλη ανάγκη την κίνηση και τη φυσική εκτόνωση της ενέργειάς του, σε τακτά χρονικά διαστήματα [106]. Όταν οι συνέπειες, που



έπονται της συμπεριφοράς, συνδέονται μαζί της άμεσα χρονικά και επαναλαμβάνονται σταθερά, τότε επηρεάζουν πιο αποτελεσματικά την εμφάνιση ή όχι της συμπεριφοράς. Παράδειγμα, το παιδί όταν λαμβάνει μικρότερες αλλά άμεσες αμοιβές/ποινές είναι πολύ πιο πιθανό να επαναλάβει ή όχι μία συμπεριφορά. Οι ποινές χρειάζεται να παρέχονται ατομικά στο παιδί και όχι παρουσία όλων των συμμαθητών του. Το να αποβληθεί ο μαθητής δεν αποτελεί ενδεδειγμένη και αποτελεσματική ποινή [104]. Γενικά οι «θετικές συνέπειες πρέπει να βρίσκονται πριν και πάνω από τις αρνητικές» προκειμένου να είναι αποτελεσματικό ένα πρόγραμμα τροποποίησης της συμπεριφοράς [107].

Όσον αφορά το συντονισμό της επικοινωνίας μεταξύ της οικογένειας, του σχολείου και του ειδικού, είναι βοηθητικό, ο εκπαιδευτικός να διαμορφώσει μια εβδομαδιαία ή μηνιαία κάρτα κανόνων-στόχων, πάνω στην οποία θα αναγράφει σε ποιο βαθμό τήρησε τον καθένα [108]. Ο ειδικός, το παιδί, οι γονείς και ο εκπαιδευτικός χρειάζεται να έχουν καταλήξει σε αυτούς τους στόχους μετά από μεταξύ τους συμφωνία. Οι στόχοι πρέπει να έχουν αυξανόμενο βαθμό δυσκολίας και όταν το παιδί τους επιτυγχάνει και διαμορφώνει νέες αποδεκτές συμπεριφορές, τότε χρειάζεται να αλλάζουν. Ο εκπαιδευτικός είναι απαραίτητο να ενημερώνει καθημερινά την κάρτα και να δίνει στο παιδί άμεση προφορική επιβράβευση μέσα στη μέρα, όταν η συμπεριφορά του είναι σύμφωνη με τους στόχους που έχουν προσυμφωνηθεί. Το παιδί παίρνει μαζί του την κάρτα στο σπίτι και οι γονείς αφού τη μελετήσουν, του δίνουν τις προσυμφωνημένες αμοιβές για τις επιθυμητές συμπεριφορές. Η προσοχή που δίνουν οι γονείς στις αρνητικές εξελίξεις, θα πρέπει να εξαντλείται σε μία σύντομη αναφορά σε αυτές. Επίσης, πρέπει να εκφράζονται ουδέτερα και με απουσία συναισθηματικής φόρτισης. Το πλήθος των στόχων και η συχνότητα της ενίσχυσης, θα πρέπει να συμβαδίζουν με την ηλικία του παιδιού, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων του και το αναπτυξιακό του στάδιο. Όταν έχει διαμορφωθεί μία αντίστοιχη κάρτα στόχων στο σπίτι, τότε αυτή λειτουργεί σε συνδυασμό με την κάρτα του σχολείου. Με την

παραπάνω μέθοδο το παιδί λαμβάνει ενίσχυση για μία θετική συμπεριφορά από 2 πλαίσια ταυτόχρονα, οπότε το κίνητρό του να την επαναλάβει είναι ιδιαίτερα αυξημένο. Επιπλέον, οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί μπορούν να παρακολουθήσουν την πορεία του μέσα στη μέρα σε κάθε πλαίσιο ξεχωριστά αλλά και να συνεργαστούν μεταξύ τους συντονισμένα προς όφελος του παιδιού αλλά και των πλαισίων στο οποίο αυτό κινείται [104].

### **9.2.10 ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΤΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗ ΧΡΗΣΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΩΝ ΔΙΔΑΚΤΙΚΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΣΤΑ ΠΑΙΔΙΑ ΜΕ ΔΕΠ-Υ**

Οι κλασικές μέθοδοι διδασκαλίας αδυνατούν να ανταποκριθούν στους περιορισμούς που έχουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, κυρίως ως προς τη χρονική διάρκεια παράτασης της προσοχής τους, σε έργο που προϋποθέτει νοητική προσπάθεια. Κυρίως, όταν το κίνητρο για αυτά τα έργα είναι χαμηλό. Συνεπώς, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν διασπαστική συμπεριφορά στην τάξη, η οποία με τη σειρά της συνοδεύεται από παρατηρήσεις ή επιβολή τιμωρίας από το δάσκαλο. Υπάρχουν κάποιες μέθοδοι, οι οποίες έχουν αποδειχτεί από μελέτες, ότι βοηθούν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ κατά τη διαδικασία της διδασκαλίας.

Σύμφωνα με τη μέθοδο της διαφοροποίησης των δραστηριοτήτων τίθενται στους μαθητές με ΔΕΠ-Υ μικρότερες δραστηριότητες, οι οποίες διασπώνται σε μικρότερα τμήματα, προκειμένου το παιδί να τις ολοκληρώσει πιο εύκολα και να βιώσει ένα αίσθημα αυτοαποτελεσματικότητας. Η διάρκεια ολοκλήρωσης της δραστηριότητας πρέπει να είναι ξεκάθαρη από την αρχή και το παιδί να λαμβάνει μία υπενθύμιση από ένα ρολόι ή χρονόμετρο, λίγο πριν το όριο του χρόνου τελειώσει. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν καλύτερες επιδόσεις, όταν τα χρονικά όρια που τους δίνονται για την αποπεράτωση μιας δραστηριότητας είναι πιο διευρυμένα. Στην παραπάνω μέθοδο, οι εκπαιδευτικοί ενθαρρύνονται να χρησιμοποιούν μικρές διαφοροποιήσεις που αφορούν διαφορετικά χρώματα, σχήματα ή διαφορετικό ρυθμό κατά την

παρουσίαση του ίδιου διδακτικού υλικού, προκειμένου να κινητοποιούν το ενδιαφέρον των παιδιών. Επίσης, προτείνεται να εναλλάσσουν παθητικές και διαδραστικές δραστηριότητες για να δίνουν στα παιδιά τη δυνατότητα να εκτονώνουν την έντασή τους. Εκτός από τις δραστηριότητες καθ' αυτές, χρειάζεται να είναι διαφορετικές και οι οδηγίες που δίνονται στα παιδιά για να τις ολοκληρώσουν. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ διευκολύνονται περισσότερο, όταν οι οδηγίες είναι σύντομες, ξεκάθαρα διατυπωμένες και παρέχονται λίγες κάθε φορά. Επίσης, ο εκπαιδευτικός καλείται να ελέγχει αν και κατά πόσο το παιδί έχει κατανοήσει ή έχει αντιγράψει σωστά τις οδηγίες.

Μία άλλη μέθοδος που διευκολύνει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχει να κάνει με τα μέσα που χρησιμοποιούνται κατά τη διδασκαλία. Οι μαθησιακοί στόχοι χρειάζεται να είναι συγκεκριμένοι και να τίθενται στην αρχή κάθε μαθήματος είτε μέσω της χρήσης λέξεων κλειδιών είτε μέσω πολυαισθητηριακών ερεθισμάτων, όπως μαρκαδόροι με τους οποίους κάθε λέξη κλειδί αντιστοιχεί και σε κάποιο χρώμα. Θα μπορούσε επίσης να παρέχεται στο μαθητή η δυνατότητα να έχει σύγχρονα μέσα παραγωγής γραπτού λόγου, όπως επεξεργαστής κειμένου ή ένα λογισμικό μετατροπής του προφορικού λόγου σε γραπτό.

Σε μελέτες που έγιναν, διαπιστώθηκε αύξηση της συμμετοχής των μαθητών με ΔΕΠ-Υ στο μάθημα, όταν αυτό παρουσιάζονταν από τους καθηγητές με τη χρήση ελκυστικών μέσων, όπως σταυρόλεξα, χάρτες χρονοδιαγράμματα, κινούμενες εικόνες από ηλεκτρονικά βιβλία ή κόμικς, τα οποία δημιουργούσαν οι ίδιοι οι μαθητές από ελεύθερης πρόσβασης λογισμικά. Έτσι, παράλληλα με τη σχολική επίδοση των μαθητών, ενισχύονταν η δημιουργικότητά τους, η αυτοπεποίθησή τους και προωθούνταν η συνεργασία τους με τους μαθητές τους. Επίσης, θα μπορούσαν οι δάσκαλοι να χρησιμοποιήσουν να βιντεοπαιχνίδια προκειμένου να κάνουν πιο ελκυστικά και δελεαστικά (ήχος, γραφικά) τα περιβάλλοντα μάθησης, καθώς αυτά έχουν μεγάλη ποικιλομορφία, ξεκάθαρους στόχους, διεγείρουν την προσοχή του μαθητή και του

παρέχουν τη δυνατότητα να ασκήσει έλεγχο πάνω στη διαδικασία της μάθησης. Άλλωστε, η μάθηση μπορεί να πραγματοποιηθεί και μέσα από παιχνίδια δράσης, στρατηγικής, παιχνίδια ρόλων, γρίφους και περιπέτειες. Καλά σχεδιασμένα βιντεοπαιχνίδια είναι δυνατόν να μεταφέρουν το μαθητή σε έναν πλούσιο ψηφιακό μικρόκοσμο γνώσεων. Ωστόσο, περιορισμένες μελέτες υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητά τους στη μείωση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ, ενώ κάποιες άλλες υποστηρίζουν ακριβώς το αντίθετο, την επιδείνωσή τους.

Κατά τη διδασκαλία, βοηθά ιδιαίτερα και η μέθοδος που αφορά την εκπαίδευση των παιδιών στη χρήση συγκεκριμένων στρατηγικών, όπως η αυτοκαθοδήγηση και η λήψη σημειώσεων ή ακόμα και να επαναλαμβάνουν τα παιδιά δυνατά, τις οδηγίες που έλαβαν, προτού τις εφαρμόσουν [104]. Με αυτόν τον τρόπο, ο δάσκαλος καταλαβαίνει αν το παιδί κατανόησε την οδηγία και το παιδί καθοδηγεί τον εαυτό του, τι να κάνει. Είναι πολύ σημαντικό, ο εκπαιδευτικός να δίνει την ευκαιρία στο παιδί να σκέφτεται φωναχτά και να ξαναδιατυπώνει τις οδηγίες, όταν εκτελεί μία δραστηριότητα.

Η τελευταία μέθοδος αφορά την αξιοποίηση των συμμαθητών ως βοηθών διδασκαλίας. Σε αυτή τη μέθοδο, ο μαθητής γίνεται ένα μικρός δάσκαλος στο συμμαθητή του, διευκολύνοντάς τον, εξηγώντας του και παρέχοντάς του ανατροφοδότηση. Αυτή η μέθοδος, αφενός προωθεί την εργατικότητα και την ομαδικότητα όλων των μαθητών, αφετέρου βοηθάει και τους τυπικά αναπτυσσόμενους μαθητές να αναπτύξουν ακαδημαϊκές και κοινωνικές τους δεξιότητες.

Τέλος, σύμφωνα με την αρχή της επιτυχίας, οι εκπαιδευτικοί ανάλογα με το επίπεδο των γνώσεων και ικανοτήτων του παιδιού ασχολούνται με την διόρθωση συγκεκριμένων κατηγοριών λαθών, στα οποία έχουν δώσει προτεραιότητα, χωρίς να διορθώνουν όλα τα λάθη τους ανεξαιρέτως. Είναι σημαντικό να διαμορφώνουν το βαθμό δυσκολίας, ώστε τα παιδιά να επιτύχουν αρκετούς στόχους και να πάρουν την αντίστοιχη ενίσχυση, πριν αυτοί ανανεωθούν ως προς το επίπεδο δυσκολίας τους.

### **9.3 ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΤΩΝ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΚΑΙ ΨΥΧΟΠΑΙΔΑΓΩΓΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ**

Ολοκληρώνοντας την αναφορά στις δύο κυρίες κατηγορίες παρεμβάσεων για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ, τις φαρμακευτικές και τις ψυχοπαιδαγωγικές, θα ήταν ιδιαίτερα χρήσιμο να γίνει μία συζήτηση/αποτίμηση της αποτελεσματικότητάς τους εν συγκρίσει και να διατυπωθούν κάποιες ανησυχίες και προβληματισμοί.

Κάποιες ανησυχίες που αφορούν τη χρήση των ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων έχουν να κάνουν με το κατά πόσο αυτά μπορούν να οδηγήσουν σε εθισμό και να ενισχύσουν τη ροπή στη χρήση και άλλων αντίστοιχων ουσιών [109]. Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές, η χορήγηση ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων δεν προκαλεί εθισμό, ούτε συμβάλει στο να αυξηθούν οι πιθανότητες κατάχρησης αντίστοιχων ουσιών. Αντιθέτως, τα παιδιά που δεν έχουν λάβει ψυχοδιεγερτικά φάρμακα για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων τους, μπορεί να καταφεύγουν πιο συχνά σε χρήση ανάλογων ουσιών [110]. Τα παραπάνω ερευνητικά δεδομένα δεν επιβεβαιώνονται από κάποιες άλλες έρευνες [111]. Κάποιοι άλλοι προβληματισμοί σχετικά με τη φαρμακοθεραπεία σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, αφορούν τις πιθανές επιδράσεις της φαρμακευτικής αγωγής στον αναπτυσσόμενο εγκέφαλο αυτών των παιδιών. Άλλωστε, μελέτες καταδεικνύουν τη χαμηλή αποτελεσματικότητα των ψυχοδιεγερτικών σε αυτά τα παιδιά και την αυξημένη εκδήλωση παρενεργειών, όπως κακοκεφία, ευσυγκινησία, ευερεθιστότητα. Σύμφωνα με έρευνες, οι γονείς στην Ελλάδα και στο εξωτερικό διατηρούν μία επιφυλακτική στάση απέναντι στη λήψη φαρμακευτικής αγωγής και επιλέγουν κυρίως τις ψυχοπαιδαγωγικές μεθόδους.

Μία σημαντική απόπειρα προκειμένου να ερευνηθεί η αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας σε σχέση με ένα εντατικό πρόγραμμα τροποποίησης της συμπεριφοράς αλλά και του συνδυασμού

τους πραγματοποιήθηκε σε μία έρευνα με την ονομασία «The Multimodal Treatment study of children with ADHD cooperative group» [112]. Τα αποτελέσματα της έρευνας κατέδειξαν τη μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα της φαρμακοθεραπείας σε σχέση με τις συμπεριφορικές ψυχοπαιδαγωγικές παρεμβάσεις αλλά και με το συνδυασμό αυτών των παρεμβάσεων με τη φαρμακοθεραπεία. Έκτοτε, σημειώθηκε σημαντική αύξηση της συνταγογράφησης φαρμάκων για τη ΔΕΠ-Υ και η φαρμακοθεραπεία, έγινε θεραπεία εκλογής για τη ΔΕΠ-Υ, τόσο στις ΗΠΑ όσο και στην Ευρώπη, παρόλο που οι Ευρωπαϊκές οδηγίες δεν συμφωνούν με αυτήν την πρόταση.

Όταν πραγματοποιήθηκαν σε δεύτερο επίπεδο αναλύσεις της μελέτης προέκυψε ότι τα κριτήρια της αποτελεσματικότητας, αφορούσαν κυρίως τη μείωση των πρωτογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και όχι τη λειτουργικότητα του παιδιού. Όταν συμπεριλήφθηκε και αυτό το κριτήριο, ο συνδυασμός φαρμακοθεραπείας και συμπεριφορικών ψυχοπαιδαγωγικών παρεμβάσεων προτάθηκε ως η πλέον ενδεδειγμένη θεραπεία για την αποτελεσματική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, προέκυψε ότι, όταν συνδυάζονταν οι δύο παρεμβάσεις, βελτιώνονταν οι σχολικές επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, οι σχέσεις τους με τους άλλους, αλλά και τα αποτελέσματα των μεθόδων διαπαιδαγώγησης και επιβολής πειθαρχίας. Επιπλέον, αυτός ο συνδυασμός ανταποκρίνονταν σε περίπλοκες περιπτώσεις όπως αυτές τις συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές [113]. Μία άλλη έρευνα, κατά την οποία χρησιμοποιήθηκε η συνδυαστική θεραπευτική παρέμβαση κατέδειξε ότι, τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στο σχολικό πλαίσιο αντιμετωπίστηκαν πλήρως. Σε έρευνα κατά την οποία επανεξετάστηκαν τα παιδιά που συμμετείχαν στην MTA comparative group φάνηκε σημαντική μείωση των διαφορών ανάμεσα στην αποτελεσματικότητα των τριών μεθόδων (φαρμακοθεραπεία, ψυχοπαιδαγωγικές και συνδυασμένη παρέμβαση). Το εύρημα αυτό,

πιθανώς να καταδεικνύει την μειωμένη αποτελεσματικότητα της μακρόχρονης λήψης φαρμακευτικής αγωγής [114].

Από μία μετα-ανάλυση 26 ερευνών προέκυψε ότι, η φαρμακοθεραπεία έχει μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα στα πρωτογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα, απροσεξία) ενώ οι ψυχοπαιδαγωγικές μέθοδοι στη δευτερογενή (μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες, προκλητική και αντιδραστική συμπεριφορά). Εκ των πραγμάτων όμως, εξαιτίας της αυξημένης πιθανότητας να συνυπάρχει η ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές είναι απίθανο να επαρκεί μία μόνο θεραπευτική προσέγγιση, προκειμένου να αντιμετωπιστούν αποτελεσματικά περισσότερες ουσιαστικά από μία διαταραχές. Συνεπώς, είναι αναγκαία και απαραίτητη η πολύπλευρη θεραπευτική προσέγγιση και αντιμετώπιση ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Αυτό βέβαια δεν σημαίνει ότι κάθε ειδικός που το γνωρίζει αυτό, θα πρέπει να εφαρμόζει ανεξαιρέτως και αδιάκριτα και τις τρεις μεθόδους σε κάθε περίπτωση. Κάθε άτομο είναι διαφορετικό, γι' αυτό και ανταποκρίνεται διαφορετικά σε κάθε μέθοδο. Ο ειδικός χρειάζεται να εντοπίσει στο άτομο με ΔΕΠ-Υ, τα ατομικά χαρακτηριστικά του, με βάση τα οποία μία μέθοδος θα ήταν πιο αποτελεσματική σε αυτό, σε σχέση με κάποια άλλη [115]. Ως εκ τούτου, η επιλογή της θεραπευτικής παρέμβασης κάθε ειδικού θα πρέπει να απαντάει στο ερώτημα: «ποια θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να πραγματοποιηθεί σε τέτοιο χρονικό διάστημα και με τέτοιο τρόπο, στο συγκεκριμένο άτομο, ώστε να βελτιώσει τη λειτουργικότητα του σε όλους τους τομείς και αυτή η βελτίωση να παραμείνει σταθερή στο χρόνο;»

Κλείνοντας, χρειάζεται να ειπωθεί, ότι η πλειονότητα των ειδικών στις μέρες μας συγκλίνει στην άποψη, ότι οι ψυχοπαιδαγωγικές μέθοδοι χρειάζεται να αποτελούν την θεραπεία πρώτης επιλογής, καθώς επηρεάζουν θετικά την αναπτυξιακή πορεία του παιδιού μεσοπρόθεσμα και μακροπρόθεσμα. Τη θέση της ως θεραπεία πρώτης επιλογής μπορεί να παίρνει η φαρμακευτική αγωγή όταν υπάρχει μεγάλη συννοσηρότητα, σημαντικές δυσκολίες συνεργασίας με την οικογένεια, βαρύτητα

συμπτωμάτων με κίνδυνο αυτοτραυματισμού και με σκοπό να αυξήσει την αποτελεσματικότητα των παιδαγωγικών παρεμβάσεων. Προφανώς, κάθε ειδικός με βάση την κλινική του εμπειρία, την επαγγελματική του κατάρτιση αλλά και την προσωπική του φιλοσοφία έχει την τάση να επιλέγει κατά κύριο λόγο συγκεκριμένες παρεμβάσεις. Ωστόσο, η επιλογή της κατάλληλης παρέμβασης από τον ειδικό θα πρέπει να ξεπερνάει προσωπικές του προκαταλήψεις και τάσεις προκειμένου, τόσο η παρέμβαση όσο και τα αποτελέσματά της, να εξατομικεύονται στο συγκεκριμένο παιδί και στη συγκεκριμένη οικογένεια.

## **9.4 ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ**

### **9.4.1 ΒΙΟΑΝΑΤΡΟΦΟΔΟΤΗΣΗ ΜΕΣΩ ΕΓΚΕΦΑΛΟΓΡΑΦΗΜΑΤΟΣ**

Η εφαρμογή της συγκεκριμένης μεθόδου έχει σαν βάση ευρήματα, σύμφωνα με τα οποία, τα άτομα με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συχνά σημαντικά αυξημένη δραστηριότητα των κυμάτων theta σε σχέση με τα κύματα beta, με αποτέλεσμα την διέγερση του εγκεφαλικού φλοιού β [116]. Η βιοανάδραση-βιοανατροφοδότηση αποτελεί μέθοδο νευροφυσιολογικού αυτοελέγχου, με τη χρήση οργάνων που μετρούν την εγκεφαλική δραστηριότητα. Έχει ως στόχο να αναπτύξει το άτομο δεξιότητες που θα το βοηθήσουν να προκαλεί το ίδιο αλλαγή στην εγκεφαλική του δραστηριότητα.

Κατά τη συγκεκριμένη μέθοδο, τρία έως πέντε ηλεκτρόδια που τοποθετούνται επιδερμικά στο κεφάλι του ατόμου συνδέονται με ηλεκτροεγκεφαλογράφο, ο οποίος εντοπίζει τις περιοχές με χαμηλή εγκεφαλική δραστηριότητα. Στη συνέχεια αποστέλλει τα ηλεκτρικά σήματα που είναι ενισχυμένα σε έναν ηλεκτρονικό υπολογιστή, ο οποίος απομονώνει τις συχνότητες του ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος που πρέπει να τροποποιηθούν. Με αυτό τον τρόπο παρέχονται πληροφορίες στο άτομο, που αφορούν τον τύπο της εγκεφαλικής του δραστηριότητας και



έπειτα αυτό εξασκείται στο να εφαρμόσει διάφορες τεχνικές χαλάρωσης, για να αλλάξει τη δραστηριότητα του εγκεφάλου προς την επιθυμητή κατεύθυνση. Τις περισσότερες φορές, τα παραπάνω παίρνουν τη μορφή κάποιου παιχνιδιού στον υπολογιστή, ο οποίος παρέχει θετική ενίσχυση, π.χ. κερδίζοντας πόντους το άτομο, όταν το νευροψυχολογικό μοτίβο τροποποιείται προς την κατεύθυνση που είναι επιθυμητή [117]. Σύμφωνα με τα ευρήματα μίας άλλης έρευνας [118], η βιοανάδραση σε συνδυασμό με τη γνωστική αποκατάσταση επέφερε σημαντική βελτίωση στους τομείς της προσοχής και παρορμητικότητας.

Τα δεδομένα που προκύπτουν από έρευνες εφαρμογής της βιοανάδρασης περιλαμβάνουν α)ελάττωση των προβλημάτων συμπεριφοράς και βελτίωση της νοητικής επίδοσης παιδιών με ΔΕΠ-Υ β)παραμονή των θετικών αποτελεσμάτων στο χρόνο γ)ομαλοποίηση της εγκεφαλικής λειτουργίας κάποιων περιοχών και δ)απουσία παρενεργειών. Παρόλα αυτά, για κάποιους ερευνητές αποτελεί μια απλά συμπληρωματική θεραπεία ενώ για κάποιους άλλους μία θεραπεία αντίστοιχης αποτελεσματικότητας με τη φαρμακοθεραπεία. Σε κάθε περίπτωση, πρόκειται για μία πολλά υποσχόμενη μη επεμβατική, μη φαρμακευτική και ανώδυνη θεραπεία, που διευρύνει τις επιλογές θεραπείας της ΔΕΠ-Υ, η οποία όμως χρειάζεται περαιτέρω ερευνητική τεκμηρίωση.

#### **9.4.2 Άλλες Θεραπείες Διέγερσης του Εγκεφάλου**

Όσον αφορά τις πιο σύγχρονες θεραπείες διέγερσης του εγκεφάλου, όπως ο Επαναληπτικός Διακρανιακός Μαγνητικός Ερεθισμός (rTMS) και ο Διακρανιακός Ερεθισμός του Εγκεφάλου (tDCS), επέδειξαν χαμηλή αποτελεσματικότητα στη ΔΕΠ-Υ. Συγκεκριμένα, το rTMS έδειξε ως επί το πλείστον λιγοστά θετικά ευρήματα στη βελτίωση της γνωστικής λειτουργίας ή των συμπτωμάτων. Από μετα-αναλύσεις του tDCS στον ραχιαίο προμετωπιαίο φλοιό προκύπτουν μικρές επιδράσεις στη γνωστική λειτουργία [119]. Γενικά, η διέγερση των νεύρων έχει προκύψει, από μία

τυχαιοποιημένη κλινική δοκιμή, ότι επιφέρει μέτρια βελτίωση στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.

Τα σύγχρονα νευροθεραπευτικά μέσα (rTMS, tDCS) είναι ελκυστικά, επειδή είναι σχετικά ασφαλή και -σε αντίθεση με τα φάρμακα- έχουν νευροπλαστική δράση. Ωστόσο, είναι πρωταρχικής σημασίας, ο συστηματικός έλεγχός τους σε κλινικές δοκιμές, προκειμένου να διερευνηθεί η δυνατότητα εξατομικευμένης εφαρμογής τους αλλά και η αποτελεσματικότητά τους στα δευτερογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ.

#### **9.4.3 ΝΕΥΡΟΓΝΩΣΤΙΚΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ**

Η νευρογνωστική εκπαίδευση είναι μία μέθοδος βελτίωσης της γνωστικής λειτουργίας των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, με τη χρήση εντατικής επανάληψης εξάσκησης και ανατροφοδότησης. Πρόκειται για μία σύγχρονη, μη φαρμακευτική παρέμβαση στην αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Η συγκεκριμένη παρέμβαση επικεντρώνεται στη βελτίωση των ελλειμματικών νευροψυχολογικών λειτουργιών των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, οι οποίες επηρεάζουν όχι μόνο άμεσα αλλά και έμμεσα τα συμπτώματα της και κατ' επέκταση τη γενικότερη λειτουργικότητα του ατόμου. Οι περισσότερο μελετημένες εκτελεστικές λειτουργίες στα προγράμματα νευρογνωστικής εκπαίδευσης, είναι η μνήμη εργασίας και η συντηρούμενη προσοχή.

Η μνήμη εργασίας, που ευθύνεται για την προσωρινή αποθήκευση, την επανάληψη, την επεξεργασία και τον χειρισμό των πληροφοριών, παίζει καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της συμπεριφοράς, στη διαδικασία της μάθησης και του προγραμματισμού. Τα ελλείμματά της συνδέονται με τη μειωμένη ικανότητα της προσοχής, με την παρορμητικότητα αλλά και την υπερκινητικότητα που εμφανίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Έτσι, έχουν δυσκολίες τόσο στο σχολείο όσο και στη σχέση τους με τους άλλους. Η συντηρούμενη προσοχή είναι ένα είδος προσοχής, που έχει να κάνει με την ικανότητα του ατόμου να είναι σε εγρήγορση, όταν λαμβάνει χώρα ένα μεγάλης διάρκειας νοητικό έργο. Τα ελλείμματα στη συντηρούμενη

προσοχή, λειτουργούν αρνητικά στη συμπεριφορά των παιδιών και στη μαθησιακή διαδικασία.

Η συγκεκριμένη μέθοδος βασίζεται στην αρχή της νευροπλαστικότητας του εγκεφάλου, σύμφωνα με την οποία συγκεκριμένες περιβαλλοντικές εμπειρίες μπορούν να συμβάλλουν στην αναδιοργάνωση της εγκεφαλικής δομής και λειτουργίας του. Έτσι λοιπόν, κατά τη διάρκεια της γνωστικής εκπαίδευσης βελτιώνεται η λειτουργία του εγκεφάλου σε επίπεδο νευρώνων, με αποτέλεσμα η βελτίωση αυτή να επηρεάζει θετικά και άλλες νοητικές λειτουργίες. Σε κάθε περίπτωση, ο στόχος δεν είναι η βελτίωση των νοητικών λειτουργιών εν γένει αλλά η βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου σε διάφορους τομείς της καθημερινότητας. Δεδομένου ότι η νευροπλαστικότητα του εγκεφάλου μειώνεται όσο περνάει η ηλικία, η αποτελεσματικότητα της νευρογνωστικής εκπαίδευσης στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αυξάνεται όταν αυτή εφαρμόζεται σε παιδιά μικρής ηλικίας. Ωστόσο, εκτός από την ηλικία και το πλήθος των εμπειριών, το οποίο συμβάλλει στην ωρίμανση του εγκεφάλου του ατόμου, συνδέεται με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου.

Το περιεχόμενο της εκπαίδευσης, περιλαμβάνει δομημένα έργα, τα οποία εκτελεί ένα παιδί, με τη βοήθεια υπολογιστή στα πλαίσια μιας συνεδρίας. Ουσιαστικά πρόκειται για λογισμικά μέσω των οποίων εξασκούνται οι νοητικές λειτουργίες και περιορίζονται οι παρορμητικές συμπεριφορές. Το παιδί, καθώς συγκεντρώνεται για να πραγματοποιήσει τις αρχικά εύκολες ασκήσεις και να λάβει υψηλότερη βαθμολογία (θετική ανατροφοδότηση), η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητά του, υποχωρούν όλο και περισσότερο. Ο ειδικός καλείται να διαμορφώσει 1 θεραπευτικό πρωτόκολλο, στο οποίο καθορίζονται τα έργα-παιχνίδια, ο βαθμός δυσκολίας τους, η διάρκειά τους καθώς και η συχνότητα με την οποία θα επαναλαμβάνονται. Ουσιαστικά, ο ειδικός μπορεί να σχεδιάσει ένα πλήρως εξατομικευμένο πρόγραμμα ασκήσεων, αφού έχει τη δυνατότητα να ελέγξει πάρα πολλές παραμέτρους, προσαρμόζοντάς τες, στις δυνατότητες και τους περιορισμούς κάθε παιδιού. Ένα άλλο

πλεονέκτημα αυτής της μεθόδου, είναι ότι ο ειδικός μπορεί να αλλάξει τις παραμέτρους που κρίνει, οποιαδήποτε στιγμή της θεραπευτικής διαδικασίας.

Κάποιοι ερευνητές αμφισβητούν την αποτελεσματικότητα της συγκεκριμένης παρέμβασης, καθώς διαπιστώνουν ότι τα λογισμικά χρησιμοποιούν ασκήσεις για τη βραχυπρόθεσμη μνήμη και όχι για την εκτελεστική μνήμη εργασίας. Η βραχυπρόθεσμη μνήμη φαίνεται ότι δεν σχετίζεται με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και τους περιορισμούς που προκύπτουν στη λειτουργικότητα των παιδιών [120]. Κάποιες άλλες ανησυχίες σχετικά με την αποτελεσματικότητα της μεθόδου στηρίζονται στο γεγονός, ότι οι μέχρι σήμερα χρησιμοποιούμενες μέθοδοι νευρογνωστικής προσέγγισης στοχεύουν στην εκπαίδευση μεμονωμένων λειτουργιών εκτελεστικού ελέγχου. Επειδή όμως οι ελλειμματικές νευροψυχολογικές λειτουργίες διαφέρουν σε κάθε παιδί με ΔΕΠ-Υ, η συγκεκριμένη μέθοδος δεν μπορεί να έχει καθολική εφαρμογή.

Παρά τους περιορισμούς της, η νευρογνωστική εκπαίδευση μπορεί να επιφέρει εξατομικευμένα αποτελέσματα, τα οποία θα μπορέσουν να διατηρηθούν στο χρόνο και να γενικευθούν πέρα από το κλινικό πλαίσιο, αν στο σχεδιασμό των λογισμικών πραγματοποιηθούν κάποιες αλλαγές. Παράδειγμα, χρειάζεται κάθε άτομο με ΔΕΠ-Υ να εκπαιδεύεται σε εκείνες τις γνωστικές λειτουργίες, στις οποίες εμφανίζει τα περισσότερα ελλείμματα. Επίσης, οι ασκήσεις που θα δίνονται στο άτομο πρέπει να στοχεύουν στη συγκεκριμένη γνωστική λειτουργία που αποτελεί στόχο κάθε φορά και όχι σε μία παρόμοια της. Να υπάρχει δηλαδή, τόσο εξατομίκευση όσο και εξειδίκευση των ασκήσεων [72]. Επιπλέον, όπως συμβαίνει και στις ψυχοεκπαιδευτικές παρεμβάσεις, η αποτελεσματικότητα της νευρογνωστικής εκπαίδευσης εξαρτάται και από την επιπλέον και παράλληλη εφαρμογή της από τον δάσκαλο και τον γονέα. Άλλωστε, όλες οι παρεμβάσεις που ήδη αναφέρθηκαν, μπορούν να προκαλέσουν θετικές αλλαγές αλλά και βελτίωση της λειτουργικότητας του ατόμου με ΔΕΠ-Υ, όταν εφαρμόζονται συστηματικά και στοχευμένα

παράλληλα από τους κλινικούς, τους εκπαιδευτικούς αλλά και τους γονείς.

Γενικά, η χρήση της τεχνολογίας σε παρεμβάσεις για τη ΔΕΠ-Υ, μέσα από τα λογισμικά, έκανε την εκπαίδευση των νευρογνωστικών λειτουργιών πιο διασκεδαστική και ελκυστική, της έδωσε μεγαλύτερη ευελιξία «κινητικότητας» στα περιβάλλοντα (πραγματοποιείται κατ' οίκον ή/και στο σχολείο) και τη δυνατότητα για μεγαλύτερη εξατομίκευση. Ωστόσο, απαιτούνται πιο αυστηρές μελέτες προκειμένου να διαπιστωθεί αν η προσβασιμότητα των λογισμικών και η δυνατότητα κατ' οίκον εφαρμογής τους, επηρεάζει θετικά την πρόωμη παρέμβαση στη ΔΕΠ-Υ [121].

#### **9.4.4 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΠΟΥ ΣΥΝΔΥΑΖΟΥΝ ΤΟ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΑΓΓΙΓΜΑ ΚΑΙ ΤΗ ΝΟΗΤΙΚΗ ΕΞΑΣΚΗΣΗ**

Η θεραπεία «αγαπητικού αγγίγματος» (Loving Touch Therapy) περιλαμβάνει κινήσεις αφής ή μασάζ που πραγματοποιούνται με έναν απαλό, άνετο τρόπο, μέσα από τον οποίο, μπορεί να εκφραστούν στο άτομο με ΔΕΠ-Υ συναισθήματα αποδοχής και ζεστασιάς. Οι κινήσεις αφής προκαλούν αύξηση των νευροδιαβιβαστών που σχετίζονται με την παρορμητική και επιθετική συμπεριφορά αλλά και με τη δυσκολία συγκέντρωσης. Η «έξυπνη νοητική εξάσκηση» (Smart Brain Exercise) είναι ένα πρόγραμμα το οποίο περιέχει μία σειρά ασκήσεων για την ανάπτυξη του εγκεφάλου και τη διευκόλυνση της επικοινωνίας μεταξύ των δύο πλευρών του. Οι ασκήσεις αυτές μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση της συγκέντρωσης, της εστίασης, της μνήμης, των γνωστικών δεξιοτήτων και των σχολικών επιδόσεων. Τα αποτελέσματα μιας μελέτης έδειξαν ότι ο συνδυασμός των δύο παρεμβάσεων επιδρούσε σημαντικά στη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ [122]. Ωστόσο απαιτείται περαιτέρω έρευνα και σε μεγαλύτερο δείγμα πληθυσμού.

#### 9.4.5 ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ ΣΤΗ ΔΙΑΤΡΟΦΗ

Κεντρική ιδέα αυτών των παρεμβάσεων είναι ότι οι αλλαγές στη διατροφή είναι ικανές να αλλάξουν τη βιοχημεία του εγκεφάλου και να προκαλέσουν ελάττωση των συμπτωμάτων της διαταραχής. Στην παρέμβαση αυτή, είτε αφαιρούνται από τη διατροφή ορισμένα συστατικά, όπως σάκχαρα, γλουτένη, καφεΐνη, συντηρητικά, είτε προστίθενται συμπληρώματα διατροφής, όπως βιταμίνες, μεταλλικά ιχνοστοιχεία και λιπαρά οξέα ω3 και ω6. Σύμφωνα με έρευνες, όπως η Αυστραλιανή Μελέτη Raine, η ΔΕΠ-Υ στους εφήβους προκύπτει από το δυτικό τρόπο διατροφής, ο οποίος είναι πλούσιος σε λίπος, σάκχαρα και νάτριο ενώ υπολείπεται φυτικών ινών, φολικού οξέος και λιπαρών οξέων. Τα ευρήματα άλλων ερευνών, καταδεικνύουν ότι η αυξημένη λήψη ω6 σε συνδυασμό με τη μειωμένη λήψη ω3 μπορεί να οδηγήσει σε αλλοιώσεις στις ιδιότητες των νευρωνικών κυτταρικών μεμβρανών στον εγκέφαλο και να προκαλέσει φλεγμονές.

Η εφαρμογή της συγκεκριμένης παρέμβασης έχει κάποιες δυσκολίες. Μία από αυτές είναι η δυσκολία πλήρους συνεργασίας ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ που, λόγω της διαταραχής, έχει περιορισμένο αυτοέλεγχο σε ένα αυστηρά δομημένο πρόγραμμα [123]. Η πιο μελετημένη θεραπευτική μέθοδος ως προς τις διατροφικές παρεμβάσεις στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, είναι η προσθήκη των λιπαρών οξέων ω3 στη διατροφή. Η παρέμβαση αυτή στηρίζεται στα δεδομένα ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν σημαντικά μικρότερο αριθμό φωσφολιπιδίων πλάσματος και ερυθρών κυττάρων των ωμέγα-3 λιπαρών οξέων. Τα ω3 έχουν αντιφλεγμονώδη δράση και η λήψη τους είναι ικανή, να αλλάξει τη δομή και τη λειτουργία των πρωτεϊνών που εμπεριέχονται στη σύνθεση των φωσφολιπιδίων, με αποτέλεσμα να ασκήσει επιρροή στα νευροδιαβιβαστικά συστήματα της σεροτονίνης και της ντοπαμίνης στον προμετωπιαίο φλοιό. Άλλωστε, η σύνθεση των εγκεφαλικών κυττάρων αποτελείται κατά 80% από ω3, τα οποία βοηθούν στο να μεταδίδονται τα μηνύματα από τον ένα νευρώνα στον άλλον.

Δεδομένα επιδημιολογικών μελετών επιβεβαιώνουν θετική σχέση μεταξύ της μικρής κατανάλωσης θαλασσινών, τα οποία είναι πλούσια σε

ω3 στην εγκυμοσύνη και της εμφάνισης νευροαναπτυξιακών προβλημάτων στα παιδιά. Παρόλα αυτά, δεν συγκλίνουν τα αποτελέσματα όλων των ερευνών στην αποτελεσματικότητα που επιφέρει η πρόσθεση ω3 λιπαρών, στη βελτίωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με άλλες έρευνες όταν λαμβάνονται ω-3 και ω-6 λιπαρά στη διατροφή οι παρενέργειες από τη χρήση φαρμακευτικής αγωγής περιορίζονται και αυξάνεται το επίπεδο συνεργασίας στη φαρμακοθεραπεία [124]. Τέλος, έχει βρεθεί, ότι είναι αρκετά ωφέλιμη, η πρόσθεση ω3 λιπαρών στη διατροφή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, στα οποία η φαρμακοθεραπεία ή οι ψυχοπαιδαγωγικές μέθοδοι δεν επιφέρουν θετικά αποτελέσματα.

Κλείνοντας, είναι σημαντικό να τονιστεί η ανάγκη για επιπλέον ερευνητική και κλινική τεκμηρίωση των διατροφικών παρεμβάσεων, οι οποίες συνιστούν συμπληρωματικές και όχι κυρίες θεραπευτικές παρεμβάσεις στη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ.

#### **9.4.6 ΣΩΜΑΤΙΚΗ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΘΛΗΜΑΤΑ ΩΣ ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΔΕΠ-Υ**

Διάφορες έρευνες επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα της συστηματικής σωματικής άσκησης στην μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Κάποιες έρευνες διαπιστώνουν βελτίωση των συμπτωμάτων, κυρίως απροσεξίας και κάποιες άλλες του συνόλου των συμπτωμάτων. Σε μία έρευνα σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ, 7 έως 13 ετών, τα οποία ασκούσαν σε διαφορετικά αθλήματα 2 φορές την εβδομάδα για 10 εβδομάδες, παρατηρήθηκε μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, βελτίωση της κοινωνικής τους συμπεριφοράς, των κινητικών τους δεξιοτήτων και των ψυχολογικών τους λειτουργιών, χωρίς καμία ανεπιθύμητη παρενέργεια. Ωστόσο, από τις έρευνες δεν προκύπτουν πληροφορίες ανάμεσα στην αποτελεσματικότητα της σωματικής άσκησης και διάφορους παράγοντες, όπως η ηλικία, το φύλο, το είδος της παρουσίας της ΔΕΠ-Υ. Συνεπώς, η σωματική άσκηση θα μπορούσε να θεωρηθεί ως μια αποτελεσματική

συμπληρωματική θεραπεία για τη βελτίωση των κλινικών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, αλλά ο τρόπος παροχής στοχευμένης παρέμβασης-άσκησης σε ασθενείς με διαφορετικές ηλικίες, συμπτώματα και λειτουργικές βλάβες, χρειάζεται περαιτέρω ερευνητική μελέτη και τεκμηρίωση [125].

#### **9.4.7 ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΣΩ ΙΠΠΑΣΙΑΣ**

Σε μία μελέτη που πραγματοποιήθηκε, βρέθηκε ότι παιδιά με ΔΕΠ-Υ, τα οποία έκαναν ιππασία δύο φορές την εβδομάδα για περίπου τρεις μήνες είχαν βελτίωση στο κομμάτι των διαπροσωπικών σχέσεων. Η ιππασία είναι μία αθλητική δραστηριότητα και μπορεί να επιφέρει στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρόμοια οφέλη όπως άλλες σωματικές δραστηριότητες. Ωστόσο απέχει πολύ από το να αναγνωριστεί ως θεραπευτική παρέμβαση στο συγκεκριμένο πληθυσμό [126].

#### **9.4.8 Η ΘΡΗΣΚΕΥΤΙΚΟΤΗΤΑ ΩΣ ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΣΤΗ ΔΕΠ-Υ**

Σύμφωνα με έρευνες, η θρησκευτικότητα λειτουργεί ως συντονιστής της σύνδεσης μεταξύ της ΔΕΠ-Υ και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Τα άτομα που είχαν ΔΕΠ-Υ εμφάνιζαν λιγότερη παρορμητικότητα και αντικοινωνική συμπεριφορά σε σχέση με άτομα που δεν είχαν υψηλόβαθμο θρησκευτικότητας [127]. Αυτή η μετρίαση των συμπτωμάτων μπορεί να εξηγηθεί από τις θεωρίες κοινωνικοποίησης που υποστηρίζουν ότι οι θρησκευτικές ομάδες επιβάλλουν ισχυρούς κανόνες κατά της αντικοινωνικής συμπεριφοράς και επιτρέπουν λιγότερες αποκλίσεις. Μία άλλη εξήγηση της σχέσης αυτής αναφέρεται σε μία προκατειλημμένη υποαναφορά και υποδιάγνωση της ΔΕΠ-Υ σε άτομα με έντονη θρησκευτικότητα λόγω πιθανού στίγματος [128].

#### **9.4.9 ΠΑΡΕΜΒΑΣΗ ΜΕΣΩ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ ΣΤΗΝ ΑΥΤΟΠΑΡΑΤΗΡΗΣΗ-ΑΥΤΕΠΙΓΝΩΣΗ**

Σύμφωνα με αυτήν την εκπαίδευση (Mindfulness), ο ενήλικας με ΔΕΠ-Υ πραγματοποιεί ασκήσεις αυτοπαρατήρησης-αυτεπίγνωσης, κατά τις οποίες



επικεντρώνει την προσοχή του στην παρούσα στιγμή, αποδεχόμενος σκέψεις και συναισθήματά του χωρίς να ασκεί κριτική. Στην αρχή της παρέμβασης, η διάρκεια των ασκήσεων είναι περίπου 5 λεπτά και αυξάνεται σταδιακά κατά τη διάρκεια του προγράμματος. Στόχος είναι, να μπορεί να ρυθμίσει το ίδιο το άτομο την προσοχή του, να αποδεχτεί και να διαχειριστεί τα αρνητικά του συναισθήματα. Ουσιαστικά, το άτομο μαθαίνει να συγκεντρώνει την προσοχή του στον εαυτό του, να παρατηρεί και να καταλαβαίνει, τί του συμβαίνει. Πρόκειται για έναν τρόπο αυτοπαρατήρησης και αυτεπίγνωσης. Συγκρινόμενη με τη δομημένη ψυχοεκπαίδευση, η εκπαίδευση στην αυτοπαρατήρηση εμφάνισε την ίδια αποτελεσματικότητα στην μείωση των συμπτωμάτων ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ [129].

#### **9.4.10 ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΤΗΣ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΩΝ, ΜΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΩΝ ΠΑΡΕΜΒΑΣΕΩΝ ΣΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΑΠΡΟΣΕΞΙΑΣ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ**

Από μία μετα-ανάλυση, όπου πραγματοποιήθηκε σύγκριση μεταξύ των συμπληρωματικών, μη φαρμακευτικών παρεμβάσεων στη ΔΕΠ-Υ, προέκυψε, ότι η αθλητική παρέμβαση είχε πιο σταθερή επίδραση στη βελτίωση του ελλείμματος της προσοχής σε άτομα με διαταραχή ΔΕΠ-Υ [130]. Επιπλέον, η αυτοπαρατήρηση, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία και η εκπαίδευση στον υπολογιστή μπορούν επίσης να είναι αποτελεσματικές συμπληρωματικές παρεμβάσεις.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ADHD), είναι μια αναπτυξιακή πάθηση του εγκεφάλου που επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο ένα άτομο σκέφτεται, βιώνει και επεξεργάζεται τα συναισθήματά του και ανταποκρίνεται στο περιβάλλον. Οι πρώτες δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (προβλήματα με τον έλεγχο της συμπεριφοράς, προβλήματα θυμού, διάσπαση της προσοχής και απροσεξία) εκδηλώνονται κατά την έναρξη της σχολικής ζωής, γι' αυτό οι περισσότερες παραπομπές παιδιών πραγματοποιούνται από τους εκπαιδευτικούς. Η ΔΕΠ-Υ έχει κυρίως βιολογικό υπόβαθρο, ωστόσο ψυχοκοινωνικά αίτια ή/και περιβαλλοντικοί παράγοντες (προ ή περιγενετικοί) ενοχοποιούνται για την εμφάνιση της. Δεν υπάρχει εξολοκλήρου θεραπεία της ΔΕΠ-Υ, αλλά διάφορες θεραπευτικές επιλογές μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ.

Οι κύριες θεραπευτικές παρεμβάσεις είναι φαρμακευτικές (π.χ. συνταγογραφούμενα φάρμακα) ή μη φαρμακευτικές (γνωστικοσυμπεριφορικές παρεμβάσεις στο άτομο και στο περιβάλλον). Αν και σε πολλές περιπτώσεις, η φαρμακευτική αγωγή από μόνη της είναι μια αποτελεσματική θεραπεία για τη μείωση των συμπτωμάτων της, δεν θεωρείται επαρκής, αφού δεν «μαθαίνει» στο άτομο να προσαρμόζεται στο περιβάλλον του. Επιπλέον με τις κύριες θεραπευτικές παρεμβάσεις, μπορεί να εφαρμοστούν και άλλες συμπληρωματικές, όπως η διατροφή, η βιοανάδραση και τα λογισμικά εκπαίδευσης των νοητικών λειτουργιών των οποίων η αποτελεσματικότητα ως επικουρικές θεραπείες έχει διαπιστωθεί ερευνητικά. Ωστόσο, είναι απαραίτητο να πραγματοποιηθούν εμπειρισταωμένες μελέτες, των οποίων τα αποτελέσματα θα συμφωνούν και θα παρέχουν πληροφορίες για την εξειδικευμένη και εξατομικευμένη εφαρμογή των παραπάνω παρεμβάσεων.

## **ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΑΝΗΣΥΧΙΕΣ/ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΣΜΟΙ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ**

Καθ' όλη τη διάρκεια του δεύτερου μέρους παράλληλα με τις παρεμβάσεις για τη ΔΕΠ-Υ, γίνονταν αντίστοιχη αναφορά σε ανησυχίες και προβληματισμούς σχετικά με την εφαρμογή τους. Παρόλα αυτά, κρίνεται αναγκαίο να γίνει αναφορά σε προσωπικές ανησυχίες και προβληματισμούς που έχουν εγερθεί κατά τη συγγραφή της εργασίας.

Πλέον, η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή, της οποίας την υπόσταση η πλειονότητα των σύγχρονων ερευνητών στον κόσμο αποδέχεται. Οι περισσότεροι γονείς και δάσκαλοι έχουν ακούσει για τη ΔΕΠ-Υ και γνωρίζουν κάποια χαρακτηριστικά της. Εγείρονται όμως κάποια ερωτήματα σχετικά με την εγκυρότητα των όσων γνωρίζουν. Παράδειγμα, μπορούν να διακρίνουν τη διαφορά ανάμεσα σε ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ και σε ένα ζωνρό παιδί; Μήπως μερικές φορές υπάρχει υποτίμηση των συμπτωμάτων ενώ άλλες φορές υπερτίμηση; Αυτά τα ερωτήματα προβάλλουν επιτακτική την ανάγκη συστηματικής και επιστημονικά έγκυρης εκπαίδευσης γονέων και εκπαιδευτικών για τη φύση, τα αίτια και τις παρεμβάσεις της ΔΕΠ-Υ.

Η σταθερή παρουσία ψυχολόγων, κοινωνικών λειτουργών και ειδικών παιδαγωγών στα σχολεία θα ήταν αποτελεσματική τόσο σε επίπεδο πρόληψης όσο και σε επίπεδο αντιμετώπισης αντίστοιχων διαταραχών. Το έργο τους θα είχε 2 κύριους άξονες. Πρώτον, θα αφορούσε την ανίχνευση, τη διερεύνηση, την αξιολόγηση και την αντιμετώπιση πιθανών συναισθηματικών, νευροαναπτυξιακών διαταραχών, μαθησιακών ή άλλων δυσκολιών των παιδιών. Δεύτερον, θα περιελάμβανε την εκπαίδευση, την συμβουλευτική και την υποστήριξη των σημαντικών για τα παιδιά ενηλίκων (γονέων και δασκάλων).

Τα οφέλη που θα προέκυπταν θα ήταν πολλαπλά για το παιδί. Βραχυπρόθεσμα, θα βελτιώνονταν οι μαθησιακές και οι συμπεριφορικές του δεξιότητες, και θα αυξανόταν σημαντικά η προσαρμοστικότητα του στα διάφορα περιβάλλοντα και η λειτουργικότητά του. Μακροπρόθεσμα,

η αναπτυξιακή του πορεία ως ενήλικας θα διαγράφονταν χωρίς ή με μειωμένες παραβατικές και αντικοινωνικές συμπεριφορές. Επιπλέον, θα προωθούνταν η ποιότητα ζωής των γονέων, των εκπαιδευτικών αλλά και των συμμαθητών του. Οι επιπτώσεις θα ήταν θετικές και πολλαπλές σε μικρό και μακρό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

Τα τελευταία χρόνια στην Ελλάδα, πραγματοποιούνται πολλές ενέργειες προς αυτήν την κατεύθυνση, ωστόσο σημειώνονται αρκετά και σημαντικά ελλείματα στη συστηματικότητα, την οργάνωση και τη διεπιστημονικότητα των προσπαθειών. Παρόλα αυτά, η πρόοδος που έχει σημειωθεί σε θέματα ΔΕΠ-Υ σε σχέση με προηγούμενες δεκαετίες είναι σαφώς μεγαλύτερη και εκτιμάται ότι θα συνεχιστεί.

## **ΣΥΝΕΙΣΦΟΡΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ**

Η παρούσα μεταπτυχιακή εργασία για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερικινητικότητας αρχικά φιλοδοξεί να προσφέρει στη συγγράφουσα μία πρώτη και ολοκληρωμένη γνωριμία με τα σύγχρονα ερευνητικά δεδομένα για τη ΔΕΠ-Υ. Έπειτα σκοπός της είναι να προσφέρει στον αναγνώστη (φοιτητή, γονέα, παιδαγωγό, ειδικό ψυχικής υγείας ή άλλον επιστήμονα), συγκεντρωμένες και επικαιροποιημένες πληροφορίες σχετικά με την ιστορία της ΔΕΠ-Υ, την επιδημιολογία της, τα συμπτώματά της, την πορεία της κατά την ανάπτυξη του παιδιού, την αιτιοπαθογένειά της, τους καθιερωμένους αλλά και τους σύγχρονους τρόπους θεραπευτικής της παρέμβασης. Ωστόσο, καθώς η έρευνα τρέχει συνεχώς, νέα ερευνητικά δεδομένα προκύπτουν, κάποια από τα οποία αναιρούν τα παλιά και ως εκ τούτου καθιστούν απαραίτητη τη διαρκή παρακολούθηση της σύγχρονης βιβλιογραφίας.

## BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Barkley RA. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.). Child Psychopathology. New York: Guilford Press; 1996. pp.63-112.**
2. **Hoffman H. Die Geschichte von Zappel-Philipp [Fidgety Phil]. In H. Hoffman, Der Struweelpeter [Shock-headed Peter]. Erlangen, Germany: Pestalozzi-Verlag;1865.**
3. **Barkley RA, Peters H. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit" (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). J Atten Disord. 2012 Nov;16(8):623-30. doi: 10.1177/1087054711432309**
4. **Crichton A. An inquiry into the nature and origin of mental derangement: Comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passiond and their effects. London, England: T.Cadell Hr. & W. Davies. Reprinted by AMS Press. New York; 1976.**
5. **James W. The principles of psychology. London: Dover; 1890.**
6. **Still GF. Some abnormal psychical in Children Lancet;1902,1:1008-1012.**
7. **Stryker S. Encephalitis lethargica-The behavior residuals. Training school Bulletin;1925,22:152-157.**
8. **Goldstein K. After-effects of brain injuries in war. New York: Grune and Stratton;1942.**
9. **Laufer MW, Denhoff E. Hyperkinetic behavior syndrome in children. The Journal of Pediatrics.1957;50:463-474.**
10. **Chess S. Diagnosis and treatment of the hyperactive child. New York State Journal of Medicine.1960; 60:2379-2385.**
11. **Barkley RA. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment. 3rd edition. New York: The Guilford Press;2006.**

12. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DC: Author. Washington;1952.
13. Wender PH. Minimal brain dysfunction. New York: Wiley;1971.
14. Douglas VI. Stop, look, and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. Canadian Journal of Behavioural Science.1972;4:259-282.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd Ed.. DC: Author. Washington; 1980.
16. Feingold B. Why your child is hyperactive. New York: Random House;1975.
17. Block GH. Hyperactivity: A Cultural Perspective. Journal of Learning Disabilities. 1977;10(4):236-240. doi:10.1177/002221947701000412
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed. DC: American Psychiatric Press.Washington;1994.
19. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders.5th ed. Washington;2013.
20. Timimi S, Taylor E. ADHD is best understood as a cultural construct. Debate. British Journal of Psychiatry.2004;184:8-9.
21. Breggin P. Talking back to Ritalin: what doctors aren't telling you about stimulants and ADHD. Da Capo Press;2007.
22. Cosgrove L, Krinsky S. A comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: a pernicious problem persists. PLoS Med. 2012;9(3):e1001190. doi:10.1371/journal.pmed.1001190
23. Hallahan DP, Kauffman JM. Exceptional Learners: An introduction to special education. M.A: Pearson Education, Inc. Boston;2005.
24. Polanczyk G, De Lima MS, Horta L, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. American Journal of Psychiatry.2007; 164:942-948.

25. **Mayes R, Bagwell C, Erkulwater J. Medicating children: The enduring controversy over ADHD and pediatric stimulant pharmacotherapy. *Child and Adolescent Psychopharmacology News*. 2008;23:1-5.**
26. **Visser J, Jehan Z. ADHD: a scientific fact or a factual opinion? A critique of the veracity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Emotional and Behavioural Difficulties*. 2009;14:127-140.**
27. **Szasz TS. *Pharmacocracy: Medicine and politics in America*. Westport Connecticut: Prager. (DRD4) allele frequencies around the globe. *Evolution and Human Behavior*. 2001;20:309-324.**
28. **Furman LM. Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): Don'toes new research support old concepts? *Journal of Child Neurology* 2008; 23:775-84.**
29. **Conrad P. *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press. Baltimore;2007.**
30. **Hartmann T. *ADD success stories: a guide to fulfillment for families with attention deficit disorder: maps guidebooks and travelogues for hunters in this Farmer's world*. Grass Valley, Underwood Books. California;1995.**
31. **Chen CS., Burton M, Greenberger E, Dmitrieva J. *Population migration and the variation of dopamine D4 receptor*;1999.**
32. **Thapar A, Harold G, Rice F, Langley K, O'donovan M. The contribution of gene-environment interaction to psychopathology. *Dev Psychopathol*. 2007 Fall;19(4):989-1004. doi: 10.1017/S0954579407000491**
33. **Κακούρος Ε, Μανιαδάκη Κ. Η φύση της σχέσης ανάμεσα στη ΔΕΠ-Υ, τις μαθησιακές δυσκολίες και τη δυσλεξία. Στο: Ε. Κακούρος & Κ. Μανιαδάκη (επιμ.), *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση*. Gutenberg, Αθήνα, 2012, σελ.161-180.**

34. Barkley RA. **Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook of Diagnosis and Treatment.** Guilford Press. New York; 1990.
35. **American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.**4<sup>th</sup> ed., TR. DC: Author. Washington;2000.
36. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. **Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide.** *European Journal of Pediatrics.*2007;166:117-123.
37. Καλαντζή-Αζίζι Α, Αγγελή Κ, Ευσταθίου Γ. **Ελληνική κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ-IV.**Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2005.
38. Palili A, Kolaitis G, Vassi I, Veltsists A, Bakoula C, Gkika A. **Inattention, hyperactivity, impulsivity-epidemiology, and correlations: A nationwide Greek study from birth to 18 years.** *Journal of Child Neurology.*2010;26:199-204.
39. Wingo AP, Ghaemi SN. **A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder.** *The Journal of Clinical Psychiatry.* 2007; 68: 1776-1784.
40. Tamam L, Karakus G, Ozpoyraz N. **Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates.** *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2008;258:385-393.
41. Nussbaum NL. **ADHD and female specific concerns: A review of the literature and clinical implications.** *Journal of Attention Disorders.* 2012;16:87-100.
42. Swanson JM, Lakes K, Wigal T, Volkow ND. **Multiple origins of sex differences in attention deficit hyperactivity disorder.** In D.W. Pfaff&Y. Christen (Eds.), *Multiple origins of sex differences in brain.* Springer. New York;2013.pp.103-122.
43. Von Stauffenberg C, Campbell SB. **Predicting the early developmental course of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder.** *Journal of Applied Developmental Psychology.*2007;28:536-552.



44. Biederman J, Petty CR, Clarke A, Lomedico A, Faraone SV. Predictors of persistent ADHD: An 11-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*. 2011; 45(2):150–155. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.009>
45. Auerbach JG, Landau R, Berger A, Arbelle S, Faroy M, Karplus M. Neonatal behavior of infants as familiar risk for ADHD. *Infant, Behavior and Development*. 2005; 28:220-224.
46. Ninowski JE. Early temperament and emotion regulation in infants at familial risk for ADHD: the role of maternal parenting. Unpublished Doctoral Dissertation, University of Calgary;2010.
47. Arnett AB, MacDonald B, Pennington BF. Cognitive and behavioral indicators of ADHD prior to school age. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013;54:1284-1294.
48. Galera C, Cote SM, Bouvard MP, Pingault JB, Melchior M, Michel G, Tremblay RE. Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. *Archives of General Psychiatry*.2011;68:2267-1275.
49. Riddle MA, Yeshiva K, Lazaretto D, Paykina N, Yenokyan G, Greenhill L, Posner K. The preschool Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Treatment Study (PATS) 6-year follow up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2013; 52:264-278.
50. Ρούσσου Α. Η διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής, 1988, Αθήνα. Στο: Σταλίκας Α, Τρίλιβα Σ, Ρούσση Π (επιμ.), Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα, Πεδίο, Αθήνα, 2012.
51. Kakouros E, Maniadaki K, Karaba R. The relationship between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and aggressive behavior in preschool boys and girls. *Early Child Development and Care*.2005; 175:203-214.
52. Pauli-Pott U, Becker K. Neuropsychological basic deficits in preschoolers at risk for ADHD: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*.2011; 31: 626-637.

53. Αντωνοπούλου Α, Σταμπολτζή Α, Κουβαβά Σ. Γνώσεις δασκάλων σχετικά με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ). Παιδαγωγικό Ινστιτούτο, Αθήνα, 2010.
54. Kypriotaki M, Manolitsis G. Teacher's evaluations for the detection of primary-school children with attention deficit hyperactivity disorder. *European Journal of Special Needs Education*. 2010; 25:369-281.
55. DuPaul GJ, Volpe RJ. ADHD and learning disabilities: research findings and clinical implications. *Current Attention Disorders Reports*. 2009;1:152-155.
56. Murray-Close D, Hoza B, Hinshaw SP, Arnold E, Swanson J, Jensen PS, Hechtman L, Wells K. Developmental processes in peer problems of children with attention-deficit/hyperactivity disorder in the Multimodal Treatment Study of Children with ADHD: Developmental cascades and vicious cycles. *Development and Psychopathology*. 2010;22:785-802.
57. Mick E, Byrne D, Fried R, Monuteaux M, Faraone SV, Biederman J. Predictors of ADHD persistence in girls at 5 years follow up. *Journal of Attention Disorders*. 2011;15:183-192.
58. Goodman DW. ADHD in adults: update for clinicians on diagnosis and assessment. *Primary Psychiatry*. 2009;16:38-47.
59. Adler L, Kessy RC, Spencer T. Adult ADHD self report scale v1.1 Symptom Checklist. New York; 2004.
60. Sobanski E, Bruggemann D, Alm B, Kern S, Plilipsen A, Schmalzried H, Rietschel M. Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 2007; 257:371-377.
61. Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, Di Martino A, Milham MP, Castellans FX. Toward systems neuroscience of ADHD: A meta-

- analysis of 55 fMRI studies. *American Journal of Psychiatry*. 2012;169:1038-55.
62. Coghill D, Banaschewski T. The genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2009;9:1547-1565.
63. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K. Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013; 54:316. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3572580>
64. Nigg JT. Attention deficits and hyperactivity-impulsivity: what have we learned, what next? *Development and Psychopathology*. 2013;25: 1489-1503.
65. Wu J, Xiao H, Sun H, Zou L, Zhu LQ. Role of dopamine receptors in ADHD: a systematic meta-analysis. *Mol Neurobiol*. 2012 Jun;45(3):605-20. doi: 10.1007/s12035-012-8278-5. Epub 2012 May 19. PMID: 22610946.
66. Langley K, Heron J, O'Donovan MC, Owen MJ, Thapar A. Genotype link with extreme antisocial behavior: the contribution of cognitive pathways. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 Dec;67(12):1317-23. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.163. Erratum in: *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Apr;68(4):360. PMID: 21135332.
67. Leffa DT, Torres ILS, Rohde LA. A Review on the Role of Inflammation in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuroimmunomodulation*. 2018;25(5-6):328-333. doi: 10.1159/000489635. Epub 2018 Jun 6. PMID: 29874674.
68. Nakao T, Radua J, Rubia K, Mataix-Cols D. Gray matter volume abnormalities in ADHD: voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. *Am J Psychiatry*. 2011 Nov;168(11):1154-63. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11020281. Epub 2011 Aug 24. PMID: 21865529.
69. Bush G. Cingulate, frontal, and parietal cortical dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*. 2011 Jun

- 15;69(12):1160-7. doi: 10.1016/j.biopsycho.2011.01.022. Epub 2011 Apr 13. PMID: 21489409; PMCID: PMC3109164.
70. Nagel BJ, Bathula D, Herting M, Schmitt C, Kroenke CD, Fair D, Nigg JT. Altered white matter microstructure in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Mar;50(3):283-92. doi: 10.1016/j.jaac.2010.12.003. Epub 2011 Jan 20. PMID: 21334568; PMCID: PMC3150529.
71. Konrad K, Eickhoff SB. Is the ADHD brain wired differently? A review on structural and functional connectivity in attention deficit hyperactivity disorder. *Hum Brain Mapp*. 2010 Jun;31(6):904-16. doi: 10.1002/hbm.21058. PMID: 20496381; PMCID: PMC6871159.
72. Καραπέτσας Α, *Νευροψυχολογία του αναπτυσσόμενου ανθρώπου*. Εργαστήριο Νευροψυχολογίας, Έκδοση ανανεωμένη, Βόλος, 2015.
73. Συρίγου-Παπαβασιλείου Α. *Νευρολογικά ευρήματα και φαρμακευτική αγωγή στη ΔΕΠ-Υ*. Στο Ε. Κακούρος (επιμ.), *Το υπερκινητικό παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά*. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα, 2001, σελ.75-96.
74. Volkow ND, Wang GJ, Newcorn JH, Kollins SH, Wigal TL, Telang F, Fowler JS, Goldstein RZ, Klein N, Logan J, Wong C, Swanson JM. Motivation deficit in ADHD is associated with dysfunction of the dopamine reward pathway. *Mol Psychiatry*. 2011 Nov;16(11):1147-54. doi: 10.1038/mp.2010.97. Epub 2010 Sep 21. PMID: 20856250; PMCID: PMC3010326.
75. Sonuga-Barke EJ. Editorial: ADHD as a reinforcement disorder - moving from general effects to identifying (six) specific models to test. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011 Sep;52(9):917-8. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02444.x. PMID: 21793824.
76. Nigg J, Nikolas M, Burt SA. Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Sep;49(9):863-73. doi: 10.1016/j.jaac.2010.01.025. Epub 2010 May 5. PMID: 20732623; PMCID: PMC2928573.

77. Posserud MB, Ullebø AK, Plessen KJ, Stormark KM, Gillberg C, Lundervold AJ. Influence of assessment instrument on ADHD diagnosis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Apr;23(4):197-205. doi: 10.1007/s00787-013-0442-6. Epub 2013 Jul 4. PMID: 23824470.
78. Zhou X, Reynolds CR, Zhu J, Kamphaus RW, Zhang O. Evidence-based assessment of ADHD diagnosis in children and adolescents. *Appl Neuropsychol Child*. 2018 Apr-Jun;7(2):150-156. doi: 10.1080/21622965.2017.1284661. Epub 2017 Feb 22. PMID: 28631964.
79. Achenbach T, Rescorla L, Εγχειρίδιο για τα ερωτηματολόγια και προφίλ σχολικής ηλικίας του ΣΑΕΒΑ. *Ελληνικά Γράμματα, Επιμ. Ρούσου Α. Αθήνα, 2002.*
80. Μανιαδάκη Κ, Κάκουρος Ε. Μετάφραση και Προσαρμογή της Κλίμακας Αξιολόγησης της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας (ADHDT; Gilliam, 1995). Στο: Σταλίκας Α, Τριλίβα Σ, Ρούσση Π (επιμ.). Τα ψυχομετρικά εργαλεία στην Ελλάδα. Πεδίο, Αθήνα, 2012, σελ. 207. ISBN 978-960-546-081-5
81. Καλαντζή – Αζίζι Α., Αγγελή Κ, Ευσταθίου Γ. Ο έγκαιρος εντοπισμός προβλημάτων συμπεριφοράς στο σχολείο - το παράδειγμα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ). *Παιδί και Έφηβος: Ψυχική Υγεία και Ψυχοπαθολογία*, 2006, 8(2), 30-53.
82. Lewandowski LJ, Lovett BJ, Coddling RS, Gordon M. Symptoms of ADHD and academic concerns in college students with and without ADHD diagnoses. *J Atten Disord*. 2008 Sep;12(2):156-61. doi: 10.1177/1087054707310882. Epub 2008 Jan 11. PMID: 18192625.
83. Pritchard AE, Nigro CA, Jacobson LA, Mahone EM. The role of neuropsychological assessment in the functional outcomes of children with ADHD. *Neuropsychol Rev*. 2012 Mar;22(1):54-68. doi: 10.1007/s11065-011-9185-7. Epub 2011 Nov 15. PMID: 22081204.
84. Pritchard AE, Koriakin T, Jacobson LA, Mahone EM. Incremental validity of neuropsychological assessment in the identification and treatment of youth with ADHD. *Clin Neuropsychol*. 2014;28(1):26-48.

doi: 10.1080/13854046.2013.863978. Epub 2013 Dec 17. PMID: 24345262; PMCID: PMC3943538.

85. Sowerby P, Trip G. Evidence-based assessment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. In Matson JL, Andrasik F, Matson ML(Eds). *Assessing childhood psychopathology and developmental disabilities*. Springer. New York;2009. pp.209-239.
86. Γιαννοπούλου Γ. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας: χαρακτηριστικά και παρεμβάσεις σε φαρμακευτικό ψυχοκοινωνικό και σχολικό επίπεδο. Αθήνα, 2008. Στο: Κουρκούτας Η, Chatter JP (επιμ.). *Παιδιά και έφηβοι ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές*. Εκδόσεις Τόπος, Αθήνα, σελ.287-302.
87. De Silva S, Dayarathna S, Ariyaratne G, Meedeniya D, Jayarathna S. fMRI Feature Extraction Model for ADHD Classification Using Convolutional Neural Network. *International Journal of E-Health and Medical Communications*. 2021;12:81-105. 10.4018/IJEHMC.2021010106.
88. Ahmadi A, Kashefi M, Shahrokhi H, Nazari M.A. Computer aided diagnosis system using deep convolutional neural networks for ADHD subtypes. *Biomedical Signal Processing and Control*;2021:63, art. no. 102227 <https://doi.org/10.1016/j.bspc.2020.102227>
89. Ferrin M, Vance A. Examination of neurological subtle signs in ADHD as a clinical tool for the diagnosis and their relationship to spatial working memory. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012 Apr;53(4):390-400. doi: 10.1111/j.1469-7610.2011.02496.x. Epub 2011 Dec 6. PMID: 22141455.
90. Μανιαδάκη Κ, Κάκουρος Ε. Η διαχείριση της ΔΕΠ-Υ. Από τη θεωρία στην πράξη. Gutenberg, Αθήνα, 2016.
91. Webster-Stratton CH, Reid MJ, Beauchaine T. Combining parent and child training for young children with ADHD. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2011;40(2):191-203. doi: 10.1080/15374416.2011.546044. PMID: 21391017; PMCID: PMC3059849.

92. Hinshaw SP, Arnold LE; MTA Cooperative Group. Attention-deficit hyperactivity disorder, multimodal treatment, and longitudinal outcome: evidence, paradox, and challenge. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci.* 2015 Jan-Feb;6(1):39-52. doi: 10.1002/wcs.1324. Epub 2014 Nov 3. PMID: 26262927.
93. Reebye P. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook For Diagnosis And Treatment, Third Edition. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2008;17(1):31-33.
94. Passarotti AM, Pavuluri MN. Brain functional domains inform therapeutic interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder and pediatric bipolar disorder. *Expert Rev Neurother.* 2011 Jun;11(6):897-914. doi: 10.1586/ern.11.71. PMID: 21651336; PMCID: PMC3129632.
95. Daughton JM, Kratochvil CJ. Review of ADHD pharmacotherapies: advantages, disadvantages, and clinical pearls. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009 Mar;48(3):240-248. doi: 10.1097/CHI.0b013e318197748f. PMID: 19242289.
96. Kutcher S, Aman M, Brooks SJ, Buitelaar J, van Daalen E, Fegert J, Findling RL, Fisman S, Greenhill LL, Huss M, Kusumakar V, Pine D, Taylor E, Tyano S. International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2004 Jan;14(1):11-28. doi: 10.1016/s0924-977x(03)00045-2. PMID: 14659983.
97. Bushe CJ, Savill NC. Systematic review of atomoxetine data in childhood and adolescent attention-deficit hyperactivity disorder 2009-2011: focus on clinical efficacy and safety. *J Psychopharmacol.* 2014 Mar;28(3):204-11. doi: 10.1177/0269881113478475. Epub 2013 Feb 25. PMID: 23438503.
98. Connor DF. Stimulant and non-stimulant medication for childhood ADHD. In R.A. Barkley (Ed.). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.* 4th Ed..New York:Guilford Press;2015. pp. 666-685.

99. Parritz RH, Troy MF. Disorders of childhood. Development and psychopathology. 2nd Ed. USA:Wadsworth;2014).
100. Bubnik MG, Hawk LW Jr, Pelham WE Jr, Waxmonsky JG, Rosch KS. Reinforcement enhances vigilance among children with ADHD: comparisons to typically developing children and to the effects of methylphenidate. *J Abnorm Child Psychol.* 2015 Jan;43(1):149-61. doi: 10.1007/s10802-014-9891-8. PMID: 24931776; PMCID: PMC4269577.
101. Marino F, Failla C, Chilà P, Minutoli R, Puglisi A, Arnao AA, Pignolo L, Presti G, Pergolizzi F, Moderato P, Tartarisco G, Ruta L, Vagni D, Cerasa A, Pioggia G. The Effect of Acceptance and Commitment Therapy for Improving Psychological Well-Being in Parents of Individuals with Autism Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Brain Sci.* 2021 Jun 30;11(7):880. doi: 10.3390/brainsci11070880. PMID: 34209171; PMCID: PMC8301771.
102. DuPaul GJ, Helwig JR, Slay PM. Classroom interventions for attention and hyperactivity. In Bray MA. & Kehle TJ. (Eds.). *The Oxford Handbook of School Psychology.* New York: Oxford University Press;2011.pp.428-441.
103. Μάσχα Κ, Καραδήμας Ε. Τεχνικές παρέμβασης για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ στα πλαίσια της προσχολικής και σχολικής αγωγής. Στο: Λάμπρος Ε. & Μανιαδάκη Κ (επιμ.), Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα. Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. Gutenberg, Αθήνα, 2012, σελ. 303-328.
104. Cohen EJ, Bravi R, Minciocchi D. The effect of fidget spinners on fine motor control. *Sci Rep.* 2018 Feb 16;8(1):3144. doi: 10.1038/s41598-018-21529-0. PMID: 29453357; PMCID: PMC5816623.
105. Pfiffner LJ, DuPaul GJ. Treatment of ADHD in school settings. In Barkley RA. (Ed.). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment.* The Guilford Press;2015. pp. 596–629.



106. Pontifex MB, Saliba BJ, Raine LB, Picchietti DL, Hillman CH. Exercise improves behavioral, neurocognitive, and scholastic performance in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr*. 2013 Mar;162(3):543-51. doi: 10.1016/j.jpeds.2012.08.036. Epub 2012 Oct 17. PMID: 23084704; PMCID: PMC3556380.
107. Antshel KM, Barkley R. Psychosocial interventions in attention deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2008 Apr;17(2):421-37, x. doi: 10.1016/j.chc.2007.11.005. PMID: 18295154.
108. DuPaul G J, Eckert TL, Vilaro B. The Effects of School-Based Interventions for Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Meta-Analysis 1996–2010. *School Psychology Review*. 2012; 41:4, 387-412, DOI: 10.1080/02796015.2012.12087496
109. Barkley RA, Fischer M, Smallish L, Fletcher K. Does the treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder with stimulants contribute to drug use/abuse? A 13-year prospective study. *Pediatrics*. 2003 Jan;111(1):97-109. doi: 10.1542/peds.111.1.97. PMID: 12509561.
110. Groenman AP, Oosterlaan J, Rommelse NN, Franke B, Greven CU, Hoekstra PJ, Hartman CA, Luman M, Roeyers H, Oades RD, Sergeant JA, Buitelaar JK, Faraone SV. Stimulant treatment for attention-deficit hyperactivity disorder and risk of developing substance use disorder. *Br J Psychiatry*. 2013 Aug;203(2):112-9. doi: 10.1192/bjp.bp.112.124784. Epub 2013 Jul 11. Erratum in: *Br J Psychiatry*. 2014 Jun;204(6):494. PMID: 23846996.
111. Humphreys KL, Eng T, Lee SS. Stimulant medication and substance use outcomes: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2013 Jul;70(7):740-9. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2013.1273. PMID: 23754458; PMCID: PMC6688478.
112. MTA Cooperative Group. National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD follow-up: 24-month outcomes of treatment strategies for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*. 2004 Apr;113(4):754-61. doi: 10.1542/peds.113.4.754. PMID: 15060224.

113. Foster EM, Jensen PS, Schlander M, Pelham WE Jr, Hechtman L, Arnold LE, Swanson JM, Wigal T. Treatment for ADHD: is more complex treatment cost-effective for more complex cases? *Health Serv Res.* 2007 Feb;42(1 Pt 1):165-82. doi: 10.1111/j.1475-6773.2006.00599.x. PMID: 17355587; PMCID: PMC1955245.
114. Hinshaw SP, Arnold LE; For the MTA Cooperative Group. ADHD, Multimodal Treatment, and Longitudinal Outcome: Evidence, Paradox, and Challenge. *Wiley Interdiscip Rev Cogn Sci.* 2015 Jan;6(1):39-52. doi: 10.1002/wcs.1324. PMID: 25558298; PMCID: PMC4280855.
115. Arns M, Heinrich H, Strehl U. Evaluation of neurofeedback in ADHD: the long and winding road. *Biol Psychol.* 2014 Jan;95:108-15. doi: 10.1016/j.biopsycho.2013.11.013. Epub 2013 Dec 7. PMID: 24321363.
116. Monastra VJ. Quantitative electroencephalography and attention-deficit/hyperactivity disorder: implications for clinical practice. *Curr Psychiatry Rep.* 2008 Oct;10(5):432-8. doi: 10.1007/s11920-008-0069-3. PMID: 18803918.
117. Gevensleben H, Rothenberger A, Moll GH, Heinrich H. Neurofeedback in children with ADHD: validation and challenges. *Expert Rev Neurother.* 2012 Apr;12(4):447-60. doi: 10.1586/ern.12.22. PMID: 22449216.
118. Kianbakht M, Naghel S, Alidadi F, Nejati V, Hossienkohandel, Ghasemansarini, Namdari V. Effectiveness of Neurofeedback Associated with Cognitive Rehabilitation Therapy on Children with Attention Defect Hyperactivity Disorder (ADHD). *International Journal of Indian Psychology.* 2015; 2:4. DOI: 10.25215/0204.003
119. Rubia K, Westwood S, Aggensteiner PM, Brandeis D. Neurotherapeutics for Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Review. *Cells.* 2021 Aug 21;10(8):2156. doi: 10.3390/cells10082156. PMID: 34440925; PMCID: PMC8394071.
120. Raiker JS, Rapport MD, Kofler MJ, Sarver DE. Objectively-measured impulsivity and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD):

- testing competing predictions from the working memory and behavioral inhibition models of ADHD. *J Abnorm Child Psychol.* 2012 Jul;40(5):699-713. doi: 10.1007/s10802-011-9607-2. PMID: 22271141.
121. Guan Lim C, Lim-Ashworth NSJ, Fung DSS. Updates in technology-based interventions for attention deficit hyperactivity disorder. *Curr Opin Psychiatry.* 2020 Nov;33(6):577-585. doi: 10.1097/YCO.0000000000000643. PMID: 32858596; PMCID: PMC7575028.
122. Surtami S, Kistimbar S, Nuryanti E. Effectiveness of smart brain exercise and loving touch therapy on behavior among children with attention deficit hyperactive disorder (ADHD). *A multifaceted review journal in the field of pharmacy.* 2020; 11(7):618-625.
123. Hurt E, Arnold LE. Dietary management of ADHD. In: Barkley RA (Ed.). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder.* 4th Ed. York: Guilford Press; 2015. pp. 630-640.
124. Barragán E, Breuer D, Döpfner M. Efficacy and Safety of Omega-3/6 Fatty Acids, Methylphenidate, and a Combined Treatment in Children With ADHD. *J Atten Disord.* 2017 Mar;21(5):433-441. doi: 10.1177/1087054713518239. Epub 2016 Jul 28. PMID: 24464327.
125. Xie Y, Gao X, Song Y, Zhu X, Chen M, Yang L, Ren Y. Effectiveness of Physical Activity Intervention on ADHD Symptoms: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychiatry.* 2021;12:706625. doi: 10.3389/fpsy.2021.706625.
126. García-Gómez A, Rodríguez-Jiménez M, Guerrero-Barona E, Rubio-Jiménez JC, García-Peña I, Moreno-Manso JM. Benefits of an experimental program of equestrian therapy for children with ADHD. *Res Dev Disabil.* 2016 Dec;59:176-185. doi: 10.1016/j.ridd.2016.09.003. Epub 2016 Sep 7. PMID: 27614276.
127. Novis-Deutsch N, Dayan H, Pollak Y, Khoury-Kassabri M. Religiosity as a moderator of ADHD-related antisocial behaviour and emotional distress among secular, religious and Ultra-Orthodox Jews in Israel.

- Int J Soc Psychiatry. 2021 Apr 15:207640211005501. doi: 10.1177/00207640211005501. Epub ahead of print. PMID: 33855872.**
- 128. Peteet JR. Approaching Religiously Reinforced Mental Health Stigma: A Conceptual Framework. Psychiatr Serv. 2019 Sep 1;70(9):846-848. doi: 10.1176/appi.ps.201900005. Epub 2019 Jun 12. PMID: 31185854.**
- 129. Hoxhaj E, Sadohara C, Borel P, D'Amelio R, Sobanski E, Müller H, Feige B, Matthies S, Philipsen A. Mindfulness vs psychoeducation in adult ADHD: a randomized controlled trial. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2018 Jun;268(4):321-335. doi: 10.1007/s00406-018-0868-4. Epub 2018 Jan 22. PMID: 29356899.**
- 130. Xusheng CX, Jong-Hwan C, Shang X. Comparative Efficacy and Acceptability of Nonpharmacotherapy in the Treatment of Inattention for ADHD: A Network Meta-Analysis. Complexity. 2021; (2):1-14, DOI:10.1155/2021/9435262.**