



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-
ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ»**

Επόπτρια: Κοκκινάκη Θεανώ

Όνομα: Μιχαήλ Ξάνθη

Α.Μ. 1913

**ΡΕΘΥΜΝΟ
2007- 2008**

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	1-3
1. Εισαγωγή	4-7
1.2. Εννοιολογική Προσέγγιση	7-9
2. Ιστορική Αναδρομή: Εξέλιξη του όρου	10-24
3. ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ	
3.1. Εισαγωγικά	25-26
3.2. Προσδιορισμός της συχνότητας εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ με βάση κλίμακες αξιολόγησης	26-27
3.3. Προσδιορισμός της συχνότητας εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ με βάση τα κλινικά διαγνωστικά κριτήρια	27-28
3.4. ΔΕΠ-Υ και φύλο	28-30
4. ΤΑ ΠΙΘΑΝΑ ΑΙΤΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ	
4.1. Γενικά	31-33
4.1.2. Νευρολογικοί Παράγοντες	33-36
4.1.3. Γενετικοί Παράγοντες	36-38
4.1.4. Περιβαλλοντικοί Παράγοντες	39-41
4.1.5. Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες	41-43
4.2. Θεωρητικές Προσεγγίσεις της ΔΕΠ-Υ	44-46
4.3. Σύγχρονες κατευθύνσεις της έρευνας	47-49
5. Η ΚΛΙΝΙΚΗ ΕΙΚΟΝΑ ΚΑΙ ΤΑ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ	
5.1. Τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με το DSM-IV	52-55
5.2. Τα διαγνωστικά κριτήρια των Διαταραχών Υπερκινητικού Τύπου σύμφωνα με το ICD-10	56-58
5.3. Οι διαφορές μεταξύ DSM-IV και ICD-10	59-60
6. Η ΔΙΑΓΩΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ	
6.1. Εισαγωγικά	61-64
6.2. Η διαδικασία της Διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ	65-66
6.2.1. Ιατρική Διάγνωση	66-67
6.2.2. Παιδαγωγική διάγνωση	67-68

6.2.3. Ψυχολογική Διάγνωση	68-69
6.3. Μέσα Αξιολόγησης	70
6.3.1. Προφίλ εξελικτικού επιπέδου των γνωστικών λειτουργιών	71-72
6.3.2. Προφίλ Προσωπικότητας	73-74
6.3.3. Προφίλ ικανότητας προσοχής και συγκέντρωσής της	75
4.3.4. Τεστ Νεύρο-Ηλεκτροφυσιολογικής Δραστηριότητας	76
6.4. Διαφορική Διάγνωση	77-79
7. ΤΑ ΧΑΡΑΚΗΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ	80-83
8. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΕΚΔΗΛΩΣΗ ΤΩΝ ΒΑΣΙΚΩΝ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΚΑΤΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΚΔΗΛΩΣΗΣ ΤΟΥΣ	84
8.1. Μόλυνση από βαριά μέταλλα	85
8.2. Βιομηχανοποιημένη γεωργία	85-86
8.3. Αλκοόλ	86
8.4. Τεχνητά πρόσθετα-Φάρμακα	86-87
8.5. Ανεπάρκεια θρεπτικών στοιχείων	87
9. ΤΑ ΣΥΝΟΔΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ	
9.1. Εισαγωγικά	88-90
9.2. Σωματικά Συνοδά Προβλήματα	91-92
9.3. Γνωστικά Συνοδά Προβλήματα	93-95
9.4. Συνοδά Προβλήματα Συμπεριφοράς	95-99
9.5. Ακαδημαϊκά Συνοδά Προβλήματα	99-103
9.6. Συναισθηματικά Συνοδά Προβλήματα	103-105
9.7. Κοινωνικά Συνοδά Προβλήματα	106-108
10. ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ	
10.1. Εισαγωγικά	109-110
10.2. ΔΕΠ-Υ και Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή της Διαγωγής	111-113
10.3. ΔΕΠ-Υ και Αγχώδεις Διαταραχές	113-114
10.4. ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές της Διάθεσης	114-116
10.5. ΔΕΠ-Υ και Σύνδρομο Tourette	116-117
11. Η ΑΝΑΠΤΥΞΙΑΚΗ ΠΟΡΕΙΑ ΤΩΝ ΠΑΙΔΙΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ	

11.1.Εισαγωγικά	118-119
11.2. Βρεφική ηλικία	120-121
11.3. Νηπιακή ηλικία	122-125
11.4. Σχολική ηλικία	125-128
11.5. Εφηβική ηλικία	129-132
11.6. ΔΕΠ-Υ και Ενηλικίωση	132-134
12. ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠ-Υ	
12.1. Γενικά	135-138
12.2. Μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ	
12.2.1. Φαρμακοθεραπεία	139-143
12.2.2 Ψυχολογική υποστήριξη και Συμβουλευτική των γονέων	144-148
12.2.3. Πρόγραμμα διαμόρφωσης και τροποποίησης της συμπεριφοράς - Γνωσιακή-Συμπεριφορική παρέμβαση	149-152
12.2.4. Παρέμβαση στο πλαίσιο του σχολείου	153-156
12.2.5 Θεραπεία στους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ	156-158
13. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ	159-161
ΕΠΙΛΟΓΟΣ	162-163
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ	
A. Ελληνόγλωσση	164-165
B. Ξενόγλωσση	165-193

Πρόλογος

Συχνά η οικογένεια, οι εκπαιδευτικοί και οι φίλοι αγανακτούν με ένα παιδί που εμφανίζει μια συχνή, ολική και έντονη υπερδραστηριότητα, συνήθως, όταν είναι σημαντικά μεγαλύτερη απ' ό τι ο μέσος όρος των παιδιών της ηλικίας του. Στις περισσότερες περιπτώσεις, αυτά τα παιδιά εμφανίζουν χαμηλή αντοχή σε αποτυχίες, μικρής διάρκειας προσοχή, αντικοινωνική συμπεριφορά, συναισθηματική διέγερση και διάσπαση προσοχής και παρορμητικότητα. Αντίστοιχα, τα ίδια αυτά παιδιά πιέζονται, αποθαρρύνονται και θυμώνουν με τους εαυτούς τους. Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), είναι η διαταραχή η οποία αφορά μια σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του ατόμου που προκαλείται από τη συμπτωματολογία της. Είναι ένας είδος διαταραχής διασπαστικής συμπεριφοράς που τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της είναι η ελλειμματική προσοχή, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα.

Σύμφωνα με τα διεθνή στατιστικά στοιχεία ένα στα είκοσι παιδιά παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ. Βέβαια, παρόλο που πολλά παιδιά ξεπερνούν τα κυρίαρχα συμπτώματά της (ΔΕΠ-Υ) στην εφηβεία, τα σχολικά και κοινωνικά προβλήματα παραμένουν. Επίσης, σε μερικές περιπτώσεις τα συμπτώματα αυτά «επιμένουν» και κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής. Επειδή όμως, το κάθε παιδί είναι μοναδικό στο τρόπο που μαθαίνει και συμπεριφέρεται, είναι σημαντικό να υπάρχει σταθερό και δομημένο περιβάλλον, ξεκάθαροι κανόνες και σταθερότητα στο σπίτι και στο σχολείο. Ακόμη και το πρόγραμμα του παιδιού θα πρέπει να είναι εξατομικευμένο και να καλύπτει απόλυτα τις ανάγκες και τις ιδιαιτερότητές του.

Σκοπός της συγγραφής αυτής της εργασίας είναι η περιγραφή και ανάλυση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας και όλων των εκφάνσεων που αφορούν αυτήν. Η ιστορία έναρξής της, η πορεία της στο χρόνο, η συχνότητα εμφάνισής της, τα πιθανά της αίτια, τα διαγνωστικά κριτήρια και η διάγνωσή της, τα χαρακτηριστικά της συμπτώματα, τα συνοδά προβλήματά, η συννοσηρότητά της με άλλες διαταραχές και τέλος η αναπτυξιακή της πορεία και η θεραπευτικής της αντιμετώπιση είναι αυτά τα οποία θα περιγραφούν και θα εκτεθούν στις επόμενες ενότητες της εργασίας.

Η πρώτη ενότητα αναφέρεται στην Ιστορική Αναδρομή και την Επιδημιολογία της ΔΕΠ-Υ, όπου στην δεύτερη εξετάζεται η συχνότητα της εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ και οι τρόποι με τους οποίους προσδιορίζεται η συχνότητα αυτή. Επίσης, γίνεται αναφορά στις κλίμακες αξιολόγησης με τις οποίες προσδιορίζεται η συχνότητά της στον κλινικό πληθυσμό, στις κλίμακες αξιολόγησης με βάση τα κλινικά διαγνωστικά κριτήρια και τέλος στην σημασία που έχει το φύλο στην συχνότητα της εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στα αγόρια και αντίστοιχα στα κορίτσια. Μέσα από την κλινική έρευνα φαίνεται ότι τα αγόρια που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ είναι περισσότερα από τα κορίτσια.

Στην συνέχεια γίνεται αναφορά στα πιθανά αίτια της ΔΕΠ-Υ, όπου περιγράφονται καταρχάς, οι νευρολογικοί παράγοντες, στους οποίους υποστηρίζεται ότι, το άτομο έχει βιολογική προδιάθεση η οποία αποδίδεται σε δυσλειτουργία του μεταβολισμού του οργανισμού και ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ είναι αποτέλεσμα νευρολογικών ανωμαλιών. Κατά δεύτερον, περιγράφονται οι γενετικοί παράγοντες όπου τα κληρονομικά αίτια θεωρούνται υπεύθυνα για την εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Τρίτον, αναφέρονται οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπου οι χημικές και οι τοξικές ουσίες θεωρούνται υπεύθυνες οι οποίες επιδρούν καταλυτικά στην εμφάνιση της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ και τέλος περιγράφονται οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες στους οποίους η δυσλειτουργικότητα στην οικογένεια και στο ευρύ κοινωνικό περιβάλλον, αποτελούν κύρια αίτια για την εμφάνιση των βασικών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ.

Έπειτα, στην επόμενη ενότητα, θα εξετασθούν, η κλινική εικόνα και τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ, η διαδικασία καθώς και ο τρόπος διάγνωσης της. Η Ιατρική, Παιδαγωγική και Ψυχολογική διάγνωση είναι οι πιο βασικές μέθοδοι συλλογής πληροφοριών και διάγνωσης, οι οποίες εξασφαλίζουν τόσο μια ολοκληρωμένη εικόνα για τα συμπτώματα που αφορούν τη ΔΕΠ-Υ όσο και για την αντιμετώπισή της. Η χρήση κλιμάκων αξιολόγησης, όπως είναι το προφίλ εξελικτικού επιπέδου των γνωστικών λειτουργιών, το προφίλ προσωπικότητας, το προφίλ ικανότητας της προσοχής και τέλος το τεστ Νεύρο-Ηλεκτροφυσιολογικής Δραστηριότητας, είναι αυτά τα οποία βοηθούν στη συλλογή στοιχείων αλλά και στη καλύτερη διερεύνηση των βασικών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και όλων των εκφάνσεων της.

Τελειώνοντας την αναφορά για τα Διαγνωστικά Κριτήρια και τη Διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, περιγράφονται παρακάτω τα χαρακτηριστικά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν

τη ΔΕΠ-Υ, όπως είναι η κινητική υπερδραστηριότητα, η προσοχή μικρής διάρκειας, η παρορμητικότητα στο γνωστικό τομέα και η συναισθηματική αστάθεια καθώς και οι παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση των βασικών της συμπτωμάτων και οι καταστάσεις εκδήλωσής τους.

Στο επόμενο μέρος της εργασίας πρόκειται να εκτεθούν, τα συνοδά προβλήματα στα οποία περιγράφονται κυρίως τα σωματικά, τα γνωστικά, τα συνοδά προβλήματα συμπεριφοράς, τα ακαδημαϊκά συνοδά προβλήματα, τα συναισθηματικά και τέλος τα κοινωνικά. Ακολουθεί η συνοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ, στην οποία περιγράφονται η συνύπαρξη δύο ή περισσότερων διαφορετικών διαταραχών που ενδεχομένως παρουσιάζονται μαζί με τη ΔΕΠ-Υ. Τα υψηλότερα ποσοστά συνοσηρότητας με τη ΔΕΠ-Υ φαίνεται να παρουσιάζουν οι Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς, οι Αγχώδεις Διαταραχές, οι Διαταραχές της Διάθεσης και τέλος το Σύνδρομο Tourette.

Στο τελευταίο μέρος της εργασίας αναλύεται, η Αναπτυξιακή Πορεία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, όπου περιγράφονται τα στάδια από τη βρεφική ηλικία προς τη νηπιακή ηλικία, η σχολική και εφηβική ηλικία καθώς και η πορεία προς την ενήλικη ζωή. Τέλος, περιγράφεται και αναλύεται η ενότητα της Θεραπευτικής Αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με την οποία χρησιμοποιούνται οι μέθοδοι της Φαρμακοθεραπείας, η Ψυχολογική Υποστήριξη και η Συμβουλευτική γονέων, τα Προγράμματα Διαμόρφωσης και Τροποποίησης της Συμπεριφοράς, η παρέμβαση στο σχολικό πλαίσιο καθώς και η θεραπεία που αφορά τους ενήλικες που παρουσιάζουν. Κλείνοντας, η εργασία καταλήγει στα συμπεράσματα, τις τελικές σκέψεις και στον επίλογο.

1. Εισαγωγή

Κατά τους περασμένους αιώνες οι κύριες απειλές κατά της υγείας των παιδιών ήταν οι μεταδοτικές ασθένειες, η άγνοια της βασικής υγιεινής, οι κακές εγκαταστάσεις υγιεινής, το ακάθαρτο νερό και η φτωχή διατροφή. Επιδημίες χολέρας θέριζαν τα παιδιά κατά χιλιάδες και άλλες αρρώστιες που μεταδίδονταν από το νερό, όπως η διφθερίτιδα και τα εντερικά, μάστιζαν τις πόλεις.

Σε κάπως μικρότερη κλίμακα, η οστρακιά και ο κοκκύτης προκαλούσαν πολλούς παιδικούς θανάτους. Είναι γεγονός πως κάποια στιγμή τα πράγματα είχαν γίνει τόσο σοβαρά ώστε το 1875 η αγγλική βουλή αποφάσισε με νόμο πως κανένα παιδί κάτω των 5 χρόνων δεν μπορούσε να ασφαλιστεί για περισσότερο από 6 λίρες. Η ανακούφιση ήρθε όταν εντοπίστηκαν τα βλαβερά βακτηρίδια και αναπτύχθηκαν μέθοδοι ανοσοποίησης. Οι μεταδοτικές ασθένειες είναι τώρα, κατά μεγάλο ποσοστό, παρελθόν-οπότε και τα ειδικά νοσοκομεία λοιμωδών νόσων έκλεισαν.

Τα τελευταία όμως περίπου χρόνια ένας μεγάλος αριθμός δυσμενών παραγόντων έχει εισβάλει στο περιβάλλον. Αυτό έχει οδηγήσει σε καταστάσεις όπως η υπερκινητικότητα, η δυσλεξία και άλλες μαθησιακές δυσκολίες, καθώς και στην αύξηση χρόνιων ασθενειών. Ίσως η πιο δύσκολη από αυτές τις καταστάσεις μέσα στην οικογένεια να είναι η υπερκινητικότητα (Barnes & Colguhoun, 1992).

Παιδιά με διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής υπάρχουν σε όλο τον κόσμο. Σε προηγούμενες εποχές η παρουσία τους δεν ήταν τόσο εμφανής. Καθένα από αυτά δεν έβρισκε τη θέση του στην κοινωνία που ζούσε στο πλαίσιο των δυνατοτήτων του. Στη σημερινή κοινωνία των απαιτήσεων και της επίδοσης τα πράγματα είναι διαφορετικά. Επικρατεί η άποψη ότι για την επιτυχία στη ζωή απαιτούνται, μεταξύ άλλων, γνώσεις και ικανότητες που αποκτούνται με τη μάθηση.

Το πρόβλημα των αδυναμιών και διαταραχών της συγκέντρωσης και της προσοχής δεν είναι απλό πρόβλημα, αφού η ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής ενός ανθρώπου δεν είναι μια μεμονωμένη ικανότητα που μπορεί άμεσα να ενεργοποιηθεί και να επηρεαστεί. Εδώ πρόκειται ουσιαστικά για σύνθετες διαδικασίες, όπου σημαντικό ρόλο παίζουν πολλές παράμετροι εσωτερικής και εξωτερικής προσέλευσης (Κυπριωτάκη, 2004).

Σε καμία περίπτωση συγκέντρωση και προσοχή δεν αποτελούν ανεξάρτητες πτυχές που μπορούν χωριστά να εξετασθούν. Η προσέγγιση και η κατανόηση τους γίνεται μόνο με βάση την προσωπικότητα και τη συμπεριφορά και τη συσχέτιση τους με το περιβάλλον. Στο πλαίσιο των μαθησιακών διαδικασιών, οι μαθητές με την κατάλληλη στήριξη και καθοδήγηση κατανοούν τη σημασία της συγκέντρωσης της προσοχής για τη μάθηση.

Η προσοχή εξαιτίας της σημασίας της για τη συνείδηση και τις νοητικές διαδικασίες βρίσκεται στο κέντρο του επιστημονικού ενδιαφέροντος. Απ' ότι διαδραματίζεται γύρω μας, που θα μπορούσε να επηρεάσει ενσυνείδητα τα βιώματα και τη ζωή μας γενικότερα, αντιλαμβανόμαστε μόνο εκείνα τα πράγματα πάνω στα οποία έχουμε στρέψει τη προσοχή μας.

Η προσοχή μπορεί να παραβληθεί με έναν προβολέα που φωτίζει ορισμένα σημεία του περιβάλλοντος μας. Όταν κατευθύνουμε τη προσοχή μας σε κάτι και του οποίου αποκτούμε συνείδηση, τότε μπορούμε να το επεξεργαστούμε γνωστικά. Τότε μεταβάλλονται αισθητικές πληροφορίες σε αντιλήψεις, ανακαλούνται προηγούμενες πληροφορίες και γνώσεις, γίνονται σκέψεις, ακολουθεί ανάλυση, κρίση και τεκμηρίωση τους και εκτυλίσσονται παραστάσεις. Εάν ο προβολέας, η προσοχή μετακινηθεί σε ένα νέο αντικείμενο, τότε σταματά, τελειώνει η επεξεργασία του νέου. Η προσοχή, δηλαδή, επενεργεί σαν ένα φίλτρο διύλισης και επιλογής των πληροφοριών που εισέρχονται στη συνείδηση.

Το υπερκινητικό όμως παιδί χρειάζεται πολύ περισσότερο από τον καθορισμένο χρόνο. Δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί, ενώ οι νευρικές κινήσεις είναι δεύτερη φύση του. Το γράψιμό του είναι κακό λόγω έλλειψης συντονισμού των κινήσεων του και πολύ συχνά είναι άγαρμπο στην τάξη και δύσκολο στα παιχνίδια. Έχοντας χαμηλή αυτοεκτίμηση, το παιδί μπορεί να γίνει ενοχλητικό και συχνά κάνει την υπομονή των ήδη πιεσμένων δασκάλων και συμμαθητών του να φτάνει στα όρια της (Κυπριωτάκη, 2004).

Η έρευνα και η καθημερινή παρατήρηση δείχνουν διαρκή άνοδο των δυσκολιών συγκέντρωσης σε μαθητές από τις πρώτες κιόλας τάξεις του σχολείου. Ήδη στη δεκαετία του 70' ο Mierke (1967) ονόμασε το πρόβλημα της συγκέντρωσης της προσοχής σαν «βάσανο της εποχής» (Mierke, 1967 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

Τα τελευταία περίπου χρόνια η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) φαίνεται να είναι μια από τις συχνότερες παιδοψυχιατρικές διαταραχές παγκοσμίως. Σε όλες τις εκφάνσεις της, η ΔΕΠ-Υ, φαίνεται να επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την καθημερινή ζωή των παιδιών και των οικογενειών τους, με σημαντικές επιπτώσεις στους ίδιους αλλά και στην κοινωνία ως σύνολο. Χαρακτηρίζεται από αυξημένα, μη αναμενόμενα από το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού, επίπεδα απροσεξίας, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας. Παρά τη διαφοροποίηση των συμπτωμάτων με την ηλικία (π.χ. ελάττωση της υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας), τα κύρια χαρακτηριστικά των διαταραχών αυτών επιμένουν στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή πολλών ασθενών, οι οποίοι συχνά παρουσιάζουν έλλειψη προσαρμοστικότητας στην κοινωνική τους συμπεριφορά έως και αντικοινωνική συμπεριφορά. Επίσης, έχουν προβλήματα στις σχέσεις τους με τους άλλους και δεν εκμεταλλεύονται πλήρως τις δυνατότητές τους για κοινωνική και επαγγελματική αποκατάσταση (DuPaul, 1991· Lerner, 1991· Reid, Maag, Vasa & Wright, 1994 παραπομπή στο Andrews, 1999).

Από την άλλη, η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ γίνεται με βάση τα κριτήρια του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας (DSM-IV) και απαιτεί την παρουσία έξι ή περισσότερων συμπτωμάτων από ένα τουλάχιστον τομέα συμπεριφοράς (απροσεξία ή υπερκινητικότητα ή παρορμητικότητα). Όσο αφορά το θέμα της αντιμετώπισης της, η ΔΕΠ-Υ, είναι μια σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή που απαιτεί μια ολοκληρωμένη στρατηγική διάγνωσης αλλά και θεραπείας. Τα αποτελέσματα της ΔΕΠ-Υ αν δεν αντιμετωπιστούν σωστά μπορεί παραμείνουν μακροχρόνια (Barabasz & Barabasz, 1996 παραπομπή στο Andrews, 1999).

Ωστόσο, την τελευταία εικοσαετία περίπου η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) απασχολεί πολλούς ειδικούς οι οποίοι εργάζονται στο χώρο της ψυχικής υγείας του παιδιού και του εφήβου περισσότερο από κάθε άλλη διαταραχή. Το γεγονός αυτό οφείλεται στη μεγάλη συχνότητα της ΔΕΠ-Υ στον παιδικό πληθυσμό καθώς και στο γεγονός ότι πολλά προβλήματα μάθησης και συμπεριφοράς σχετίζονται με αυτή τη διαταραχή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Φυσικά με τη βοήθεια ειδικών και της οικογένειας μαζί με τις βελτιώσεις έρχονται στιγμές επιτυχίας και αποφασιστικών βημάτων, οι οποίες αποτελούν ανταμοιβή

για το παιδί αυτό που μέχρι τότε είχε γνωρίσει κυρίως την αποτυχία. Κάθε επιτυχία είναι κίνητρο για ολοένα και περισσότερα επιτεύγματα, ενώ η διαδικασία της εκπαίδευσης αρχίζει να παίρνει το δρόμο της προς τη δημιουργία ενός ολοκληρωμένου ενήλικα (Barnes & Colguhoun, 1992).

1.2. Εννοιολογική Προσέγγιση

Πολλοί γονείς και δάσκαλοι έχουν την αίσθηση, ότι τα παιδιά τους θα είχαν καλύτερη επίδοση στο σχολείο, αν εστίαζαν τη προσοχή τους στα μαθήματα τους. Σε πολλά παιδιά η ανικανότητα συγκέντρωσης και η διάσπαση της προσοχής είναι σύνηθες φαινόμενο, σοβαρό πρόβλημα και αιτία μαθησιακών δυσκολιών.

Όταν γίνεται λόγος για διαταραχές-δυσκολίες συγκέντρωσης θεωρείται ότι πρόκειται για όμοιες συμπεριφορές ξεχωριστής ή και μερικώς διαφορετικής αιτιολογίας. Κοινό γνώρισμα της εκδήλωσης τους είναι ότι τα συγκεκριμένα παιδιά δεν είναι σε θέση ή μπορούν μόνο πολύ λίγο ανεξάρτητα από την ηλικία τους να συγκεντρωθούν σε μια δραστηριότητα για ένα ορισμένο χρόνο. Ένα παιδί π.χ. ξεκινά πολλά πράγματα χωρίς να φθάνει στο τέλος. Διαρκώς ξεκινά κάτι καινούργιο, χωρίς να ολοκληρώνει το προηγούμενο. Φαίνεται να μην ακούει σωστά, διαρκώς ξεκινά κάτι ή ξαφνικά δεν θυμάται ή δεν γνωρίζει εκείνο που ήθελε να κάνει εκείνη τη στιγμή.

Αδυναμία συγκέντρωσης σημαίνει ουσιαστικά αδυναμία του ανθρώπου να κατευθύνει την προσοχή του. Πρόκειται για μια στιγμιαία, πρόσκαιρη ή διαρκή δυσκολία διαφορετικού βαθμού. Έτσι ο Γιώργος είναι αφηρημένος, δείχνει απάθεια, σαν να απουσιάζει και δεν συμμετέχει στις μαθησιακές διαδικασίες. Ο Μάνος δημιουργεί διαρκώς προβλήματα στην τάξη με τις συνεχείς ενδιάμεσες ερωτήσεις του, που δεν συνδέονται άμεσα με όσα συμβαίνουν στην τάξη. Η τάξη αναστατώνεται και διαταράσσεται το σχολικό κλίμα και η πορεία της διδασκαλίας. Ο Γιάννης χάνει διαρκώς το μολύβι, με συνέπεια να μην προλαβαίνει στο γράψιμο της ορθογραφίας. Η Μαρία, ένα πολύ ήσυχο κορίτσι, διαβάζει την ώρα του μαθήματος ένα φυλλάδιο «Μίκη-μάους» και ο Μιχάλης, επίσης, ήσυχος και πολύ ήρεμος μαθητής παίζει με τις «τάπες» του. Στη

συμπεριφορά των παιδιών αυτών παρατηρείται μια ελλιπής συγκέντρωση της προσοχής με σοβαρές επιπτώσεις στις σχολικές επιδόσεις τους.

«Η προσοχή λοιπόν, ορίζεται ως μια κατάσταση συγκέντρωσης της συνείδησης που συνοδεύεται από ετοιμότητα του κεντρικού νευρικού συστήματος να αντιδρά σε ερεθισμούς. Η προσοχή μπορεί να θεωρηθεί σαν γέφυρα μέσω της οποίας κάποια στοιχεία του εξωτερικού κόσμου – τα επιλεγθέντα στοιχεία στα οποία έχει συγκεντρωθεί η προσοχή – μεταφέρονται στον υποκειμενικό κόσμο της συνείδησης, έτσι, ώστε να επιτυγχάνεται ο έλεγχος της συμπεριφοράς» (Carver & Scheier, 1981· Zimbardo, 1995 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004 σελ: 18).

Στη γλώσσα της Ψυχολογίας, κάτω από την έννοια συγκέντρωση εννοούμε την πνευματική – ψυχική διαδικασία ως άθροιση και δέσμευση των αισθήσεων, του συναισθήματος και της σκέψης σε μια περιορισμένη περιοχή εντός ή εκτός του ίδιου προσώπου. Εξαρτάται, δηλαδή, από τη συμμετοχή της θέλησης και των επιμέρους στοιχείων των κινήτρων. Γίνεται λόγος για υψηλή μορφή έντασης της συγκέντρωσης, όταν εξαιτίας της θέλησης μας, είμαστε σε θέση να ασχοληθούμε με αντικείμενα που δεν προκύπτουν από εσωτερικά κίνητρα, όταν ασχολούμαστε με θέματα που δεν έχουν πρωτογενή χαρακτήρα κινητοποίησης. Με βάση τα παραπάνω διαταραχή συγκέντρωσης είναι η αδυναμία εστίασης και παραμονής της προσοχής σε μια συγκεκριμένη περιοχή.

Προσοχή λοιπόν είναι ο εκάστοτε βαθμός δραστηριότητας των ψυχικών λειτουργιών: της αντίληψης, της παράστασης ή της σκέψης ή όλων συγχρόνως των λειτουργιών. Αυτή η δραστηριότητα μπορεί να αυξάνεται: καθένας μπορεί περισσότερο ή λιγότερο να προσπαθήσει για να δει ή να ακούσει κάτι, για να θυμηθεί ή να λύσει ένα πρόβλημα (Rohracher, 1963 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004 σελ: 21).

Καθένας βιώνει καθημερινά στο πλαίσιο των δραστηριοτήτων του τι σημαίνει συγκέντρωση της προσοχής. Έτσι για ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ αυτή η διαδικασία είναι πέρα από τις δυνατότητες του και ξεπερνά κάθε προσδοκία του (Κυπριωτάκη, 2004).

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε πως το υπερκινητικό παιδί ζει σε μια συνεχή κατάσταση υπερδιέγερσης ή όπως πολλοί έλεγαν, υπό-αναστολής. Το κεντρικό νευρικό σύστημα βρίσκεται σε μια συνεχή διέγερση, μια κατάσταση που του λέει «εμπρός». Το υπερκινητικό παιδί συνεχώς κινείται, τρέχει, σκαρφαλώνει και χοροπηδάει. Είναι

ανίκανο να σταθεί σ' ένα μέρος και οι τυχόν προσπάθειές μας να το βάλουμε να κάτσει κάπου θα έχουν ως αποτέλεσμα υστερικά ξεσπάσματα.

Η ενεργητικότητα του θα συνεχίσει ακόμα και αν παρακουραστεί, φτάνοντας σε τέτοια υπερένταση που πολλές φορές ξεσπά σε θυμό ή δάκρυα. Ακόμα και όταν είναι εξοντωμένο από την κούραση, δυσκολεύεται να κοιμηθεί. Όταν τελικά πέφτει για ύπνο κοιμάται ελαφρά, ανήσυχα και ξυπνάει εύκολα. Συχνά ξυπνάει κατά τη διάρκεια της νύχτας κλαίγοντας και φωνάζοντας για λόγους που δεν μπορεί να εξηγήσει.

Οποιοσδήποτε ερεθισμός μπορεί να επιφέρει πυρετώδη έξαψη η οποία θα κλιμακωθεί σε υστερική συμπεριφορά, που συχνά καταλήγει σε φωνές και κλάματα. Πολύ εύκολα ερεθίζεται και πολύ δύσκολα ησυχάζει. Αγνοεί τις οδηγίες, δεν μπορεί να συγκεντρωθεί σ' ένα στόχο για περισσότερο από ένα λεπτό και οι προσπάθειες των άλλων να το πιάσουν για κάποια σταθερή απασχόληση, θα οδηγήσουν σε υστερικά ξεσπάσματα.

Ως αυτό το σημείο έχει περιγραφεί το έντονα υπερκινητικό παιδί. Όπως και με όλες τις φυσικές καταστάσεις, υπάρχουν βαθμοί κλιμάκωσης – από το έντονα βασανισμένο ως το έντονα επηρεασμένο παιδί. Δεν υπάρχει κανένα «στεγανό» μαγικό σημείο πέρα από το οποίο ένα παιδί είναι υπερκινητικό ενώ πριν από αυτό δεν είναι (Barnes & Colguhoun, 1992).

Παλαιότερα, οι ειδικοί δεν αναζητούσαν ή δεν είχαν ασχοληθεί με τα αίτια των μαθησιακών δυσκολιών. Τα τελευταία 100 περίπου χρόνια οι ειδικοί άρχισαν να αναζητούν αυτά τα αίτια, χωρίς όμως μέχρι σήμερα να έχουν καταλήξει σε σαφή και οριστικά συμπεράσματα. Οι διάφοροι ορισμοί που έχουν διατυπωθεί μέχρι αυτή τη στιγμή για μαθησιακές δυσκολίες φαίνονται ασαφείς. Αυτό αντικατοπτρίζει το επίπεδο των σχετικών γνώσεων που έχουν σήμερα οι ειδικοί στη διάθεσή τους. Επίσης, το γεγονός αυτό δημιουργεί σοβαρές δυσκολίες τόσο στη διάγνωση όσο και στην αντιμετώπιση των μαθησιακών δυσκολιών και συγκεκριμένα της ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

2. Ιστορική Αναδρομή: Εξέλιξη του όρου

Η μελέτη του ιστορικού εμφάνισης μιας διαταραχής αποτελεί ένα πολύ σημαντικό εγχείρημα για τον ειδικό που θέλει να μελετήσει σε βάθος αυτή τη διαταραχή και να κατανοήσει τους παράγοντες που συντέλεσαν στη διαμόρφωση των σύγχρονων απόψεων σχετικά με αυτήν. Όπως η λήψη του ιστορικού θεωρείται απαραίτητη στην κλινική πράξη προκειμένου να τεθεί μια διάγνωση, έτσι και η γνώση της εξέλιξης των επιστημονικών αντιλήψεων για μια διαταραχή είναι απαραίτητη για την καλύτερη κατανόησή της.

Η μελέτη του ιστορικού εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ ως διαγνωστικής κατηγορίας βοηθά τον ειδικό να κατανοήσει της αντιλήψεις που επικρατούσαν κάθε εποχή σχετικά με τη διαταραχή και οι οποίες καθόριζαν και τους τρόπους παρέμβασης και αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της. Η σημασία της μελέτης του ιστορικού εξέλιξης της ΔΕΠ-Υ ενισχύεται επίσης από την παρατήρηση ότι, κατά την διάρκεια ενός αιώνα επιστημονικών ερευνών και δημοσιεύσεων, πολλές από τις απόψεις των ανθρώπων που πρώτοι ασχολήθηκαν συστηματικά με τη διαταραχή επανέρχονται στο προσκήνιο και επηρεάζουν άμεσα τη διαμόρφωση των σύγχρονων θεωριών.

Αναφορές σε περιπτώσεις ατόμων τα οποία παρουσίαζαν τα χαρακτηριστικά που σήμερα αποδίδονται στη ΔΕΠ-Υ εμφανίζονται ήδη από την αρχαιότητα. Ο Γαληνός φέρεται να προτείνει όπιο για τα αεικίνητα, υπερενεργητικά παιδιά (Goodman & Gilman, 1975 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ο Σαίξπηρ, σε ένα από τους χαρακτήρες του έργου του Βασιλιάς Ερρίκος ο Όγδοος, κάνει αναφορά σε μια αρρώστια της προσοχής (Barkley, 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Μια μεταγενέστερη περιγραφή ενός υπερκινητικού παιδιού δίνεται στα μέσα του 19^{ου} αιώνα σε ένα ποίημα του Γερμανού γιατρού Heinrich Hoffman με τίτλο Fidgety Phil (Stewart, 1970 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ο William James (1890) στο σύγγραμμά του Αρχές ψυχολογίας περιγράφει μια φυσιολογική παραλλαγή του χαρακτήρα, που ονομάζει «εκρηκτική βούληση», η οποία χαρακτηρίζεται από δυσκολίες παρόμοιες με αυτές των ατόμων με ΔΕΠ-Υ (James, 1890 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Στη διεθνή βιβλιογραφία για τη ΔΕΠ-Υ, ο γιατρός George Still (1902) αναφέρεται συνήθως ως ο πρώτος επιστήμονας ο οποίος περιέγραψε κλινικά συμπτώματα που ομοιάζουν με αυτά της ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο πρόσφατα, οι Palmer και Finger (2001) υποστήριξαν ότι οι πρώτες επιστημονικές αναφορές για τη ΔΕΠ-Υ πραγματοποιήθηκαν το 1978, από το Σκώτο Γιατρό Alexander Crichton, ο οποίος περιέγραψε με λεπτομέρειες ένα είδος διαταραχής της προσοχής, το οποίο φαίνεται να πληροί τα σύγχρονα κριτήρια για τη ΔΕΠ-Υ με Προεξέχοντα τον Απρόσεχτο Τύπο, όπως αναφέρεται στο DSM-IV (APA, 1994) – (Palmer & Finger, 2001· Still, 1902 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Από τότε όμως που η ονομασία στα συμπτώματα άλλαξε, άλλοτε για να συμπεριλάβει και άλλα ονόματα και άλλοτε συμπυκνώθηκε με τα αρχικά συμπτώματα, αυτό γινόταν γιατί οι αλλαγές αυτές, σχετίζονταν άμεσα τόσο με τα συμπτώματα που σε κάθε εποχή θεωρούνταν κυρίαρχα της διαταραχής όσο και με τις εκάστοτε θεωρίες που ήταν επικρατέστερες για την αιτιολογία της (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Σύμφωνα με τον Fidgety Phil η ονομασία των συμπτωμάτων άρχισε με τον Σύνδρομο της Δυσλειτουργικότητας του εγκεφάλου, της Οργανικής Ανησυχίας, το Σύνδρομο της Οργανικής Συμπεριφοράς, το Σύνδρομο της Μειωμένης Λειτουργικότητας του εγκεφάλου, τη Διαταραχή Υπερκινητικής Παρορμητικότητας, το Σύνδρομο του ασθενές νευρικού συστήματος, την Υπερκινητικότητα, τον Υπερκινητικό Σύνδρομο, τον Σύνδρομο Ελλειμματικής Προσοχής, το Σύνδρομο του Υπερκινητικού παιδιού, τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και τέλος τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (Dykman, 2006).

Το 1902, σε μια σειρά διαλέξεων στο Royal College of Physicians, ο George Still περιέγραψε 43 παιδιά τα οποία ήταν συχνά επιθετικά, προκλητικά και αντιστέκονταν στην πειθαρχία. Έμοιαζαν να καθοδηγούνται εξ ολοκλήρου από το συναίσθημα και από την λογική. Δυσκολεύονταν να ελέγξουν την συμπεριφορά τους, η οποία χαρακτηριζόταν συχνά από παρορμητικότητα. Έδειχναν να αδιαφορούν για την τιμωρία και τα περισσότερα ήταν υπερκινητικά και αντιμετώπιζαν δυσκολίες στην παρατεταμένη συγκέντρωση της προσοχής.

Σε κάποιες περιπτώσεις αυτή η συμπεριφορά είχε εμφανιστεί μετά από οξεία εγκεφαλική λοίμωξη και μπορούσε να βελτιωθεί, συνήθως όμως αποτελούσε χρόνια

πρόβλημα. Σε αυτές τις περιπτώσεις μάλιστα παρατηρήθηκε αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης εγκληματικής συμπεριφοράς κατά την ενηλικίωση. Επίσης, ενώ στις 23 περιπτώσεις η διαταραχή σχετιζόταν με νοητική υστέρηση, στις υπόλοιπες 20 η νοημοσύνη των παιδιών κυμαινόταν στα πλαίσια του «φυσιολογικού».

Στις περιγραφές του Still ήταν εμφανή πολλά στοιχεία σχετικά με τη διαταραχή τα οποία θα επιβεβαιώνονταν 50 χρόνια αργότερα. Ο Still παρατήρησε ότι η αναλογία αγοριών και κοριτσιών ήταν 3:1 και ότι η διαταραχή στη πλειοψηφία των περιπτώσεων εμφανιζόταν για πρώτη φορά πριν από την ηλικία των 8 χρόνων. Επιπρόσθετα, ο αλκοολισμός, η εγκληματικότητα και οι συναισθηματικές διαταραχές ήταν καταστάσεις που εμφανίζονταν συχνότερα στους συγγενείς εξ αίματος αυτών των παιδιών. Τέλος, αν και πολλά από αυτά τα παιδιά προέρχονταν από ένα χαοτικό περιβάλλον, υπήρχαν αρκετά από «φυσιολογικές» οικογένειες. Ο Still θεωρούσε ότι η διάγνωση θα έπρεπε να περιορίζεται στα παιδιά που παρουσιάζουν τα παραπάνω συμπτώματα και ζουν σε ένα ευνοϊκό περιβάλλον και να αποκλείονται από τη διάγνωση τα παιδιά που μεγαλώνουν σε προβληματικό περιβάλλον.

Αυτά τα παιδιά ήταν άτομα με έλλειμμα στην «αναστολή της βούλησης» και στον «ηθικό έλεγχο» της συμπεριφοράς τους. Επομένως, τα παιδιά αυτά δυσκολεύονταν εξαιρετικά να συγκρατήσουν την εκδήλωση μιας μορφής συμπεριφοράς που ήταν ανάρμοστη ως προς τους ηθικούς κανόνες λόγω διαταραχής αυτού του μηχανισμού σύγκρισης που ο Still ονόμαζε «ηθική συνείδηση».

Παρόλα αυτά, πίστευε ότι τα αίτια εμφάνισης της διαταραχής ήταν βιολογικά και εκτιμούσε ότι σε ορισμένες περιπτώσεις ήταν αποτέλεσμα κληρονομικής προδιάθεσης και σε άλλες αποτέλεσμα προ ή μετά-γεννητικού τραυματισμού. Συμφωνώντας κατά βάση με τη θεωρία του James, ο Still υπέθετε ότι η βούληση, η ηθική συνείδηση και η παρατεταμένη προσοχή είχαν αιτιώδη σχέση μεταξύ τους και ότι η ανεπαρκής ή ελαττωματική ανάπτυξη οφειλόταν στην ίδια νευρολογική ανεπάρκεια. Επομένως, οποιαδήποτε αιτία μπορούσε να προκαλέσει σημαντική εγκεφαλική βλάβη ήταν πιθανό, στην ηπιότερη μορφή, να οδηγήσει σε ελαττωματική ανάπτυξη του ηθικού ελέγχου. Ο Still λοιπόν ήταν ο πρώτος ο οποίος πρότεινε την εξελικτική προσέγγιση κατά τη διάγνωση της εν λόγω διαταραχής (Still, 1902 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Αργότερα ο Tredgold (1908) και πολύ αργότερα οι Pasamanick, Rogers και Lilienfeld (1956), επανήλθαν στις απόψεις του Still, υποστηρίζοντας ότι οι διαταραχές μάθησης και συμπεριφοράς οφείλονται σε κάποια μορφή ήπιας και μη διαγνωσμένης εγκεφαλικής βλάβης. Εκείνη την εποχή τονίστηκε μάλιστα ιδιαίτερα η ανάγκη να δημιουργηθεί ένα ειδικό εκπαιδευτικό περιβάλλον γι' αυτά τα παιδιά. (Tredgold, 1908· Pasamanick, Rogers & Lilienfeld 1956 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Στην βάση λοιπόν των επιστημονικών απόψεων οι οποίες αναπτύχθηκαν στις αρχές του αιώνα, βλέπουμε τη γένεση πολλών από τις σύγχρονες απόψεις για τη ΔΕΠ-Υ και την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή ή τη Διαταραχή Διαγωγής, διαγνώσεις οι οποίες είναι πιθανό να δίνονται σήμερα στα παιδιά που περιέγραψε ο Still. Χρειάστηκε βέβαια να περάσουν 70 χρόνια προτού επανέλθει η επιστήμη σε κάποιες από αυτές.

Το 1917-1918, στη Βόρειο Αμερική ξέσπασε μια επιδημία εγκεφαλίτιδας και οι ειδικοί κλήθηκαν να αντιμετωπίσουν πολλές περιπτώσεις παιδιών τα οποία επέζησαν της επιδημίας, αλλά παρουσίασαν σημαντικές ανεπάρκειες στις γνωστικές λειτουργίες και στη συμπεριφορά τους (Cantwell, 1981 & Kessler, 1980 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Στις περιγραφές αυτών των ανεπαρκειών περιλαμβάνονταν πολλά από τα χαρακτηριστικά που σήμερα αποδίδονται στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, όπως διαταραχή προσοχής, παρορμητικότητα, αυξημένη κινητική δραστηριότητα, μαθησιακές δυσκολίες και αντικοινωνική συμπεριφορά (Ebaugh, 1923 & Stryker, 1925 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Η πρόγνωση για τις περιπτώσεις των παιδιών αυτών ήταν ιδιαίτερα αποθαρρυντική, αναπτύχθηκαν ωστόσο προγράμματα παρέμβασης τα οποία είχαν σημαντική επιτυχία, όπως ήταν τα προγράμματα τροποποίησης της συμπεριφοράς (Bender, 1942 & Bond & Appel, 1931 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η συσχέτιση μιας εγκεφαλικής βλάβης με μορφές παθολογικής συμπεριφοράς οδήγησε τους ειδικούς στη μελέτη άλλων πιθανών αιτιών της πρόκλησης βλάβης σε παιδιά, όπως τραυματισμοί κατά τη γέννηση, επιληψία, έκθεση σε τοξικές ουσίες κ.α., τα οποία συνδέονταν με μια πλειάδα παθολογικών συμπτωμάτων τόσο σε γνωστικό επίπεδο όσο και σε επίπεδο συμπεριφοράς. Βεβαίως, πολλά από αυτά τα παιδιά παρουσίαζαν επίσης νοητική υστέρηση και σοβαρότερες διαταραχές στη συμπεριφορά τους σε σύγκριση με τα παιδιά στα οποία δίνεται σήμερα η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Εκείνη την

εποχή όμως οι ερευνητές δεν επιχειρούσαν να διαχωρίσουν την επίδραση της νοητικής υστέρησης και των μαθησιακών δυσκολιών ή άλλων νευροψυχολογικών διαταραχών από την επίδραση των διαταραχών συμπεριφοράς στις δυσκολίες προσαρμογής των παιδιών αυτών.

Άλλοι ερευνητές παρατήρησαν την ομοιότητα μεταξύ της συμπεριφοράς των υπερκινητικών παιδιών και της συμπεριφοράς μαϊμούδων οι οποίες είχαν υποστεί βλάβη στο μετωπιαίο λοβό. Κάποιοι ερευνητές χρησιμοποίησαν αυτές τις ομοιότητες για να υποστηρίξουν ότι οι βαριές μορφές υπερκινητικότητας στα παιδιά ήταν αποτέλεσμα βλάβης του μετωπιαίου λοβού, παρόλο που αυτή η βλάβη δεν μπορούσε να αποδειχτεί (Levin, 1938 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ο Β' Παγκόσμιος Πόλεμος έδωσε επίσης σε πολλούς ερευνητές τη δυνατότητα να μελετήσουν μια πληθώρα ατόμων με εγκεφαλικά τραύματα και να διαπιστώσουν ότι ο τραυματισμός σε οποιοδήποτε μέρος του εγκεφάλου συχνά είχε ως αποτέλεσμα την εκδήλωση υπερκινητικότητας, νευρικότητας και ανυπομονησίας (Goldstein, 1942 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Έτσι γεννήθηκε η θεωρία της «εγκεφαλικής βλάβης», διάγνωση η οποία δινόταν στα παιδιά που παρουσίαζαν τις μορφές συμπεριφοράς στις οποίες περιγράφηκαν πιο πάνω, ακόμη και αν οι νευρολογικές ενδείξεις για την ύπαρξη μιας τέτοιας βλάβης ήταν ανεπαρκείς ή και ανύπαρκτες. Στις επόμενες δεκαετίες (1930-1950), εξαιτίας της έλλειψης αποδείξεων για την ύπαρξη εγκεφαλικής βλάβης σε πολλές περιπτώσεις παιδιών που παρουσίαζαν αυτού του είδους τα συμπτώματα, ο όρος «εγκεφαλική βλάβη» έγινε «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» (Kessler, 1980 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Την ίδια περίπου περίοδο (1947-1951), έκαναν την εμφάνισή τους μια σειρά από δημοσιεύσεις οι οποίες αφορούσαν τη φαρμακευτική αντιμετώπιση της παιδικής ψυχοπαθολογίας γενικά, αλλά και της παθολογίας της συμπεριφοράς ειδικότερα. Η κατηγορία των φαρμάκων που φαινόταν να έχει θετικά αποτελέσματα στις περιπτώσεις παιδιών με αντικοινωνική συμπεριφορά και μαθησιακές δυσκολίες ήταν οι αμφεταμίνες. Μεταγενέστερες έρευνες επιβεβαίωσαν τη θετική ανταπόκριση ενός υψηλού ποσοστού παιδιών σε αυτού του είδους την αγωγή και από τότε τα διεγερτικά φάρμακα προτείνονται συχνά για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.

Στη δεκαετία του 1950 ξεκίνησε μια σειρά ερευνών σχετικά με τους νευρολογικούς μηχανισμούς αυτής της διαταραχής. Μια πολύ σημαντική έρευνα ήταν αυτή του Laufer και των συνεργατών του (1957), οι οποίοι υποστήριξαν ότι η βλάβη οφείλεται στην αδυναμία φιλτραρίσματος των προσλαμβανόμενων ερεθισμάτων στο εγκεφαλικό στέλεχος και στην αποστολή ενός υπερβολικού αριθμού ερεθισμάτων στον εγκεφαλικό φλοιό. Η έρευνα αυτή δεν επαλείφθηκε ποτέ, αποτελεί όμως ορόσημο στην ιστορία μελέτης της διαταραχής, γιατί ήταν η πρώτη φορά που προτάθηκε ένας συγκεκριμένος νευρολογικός μηχανισμός σχετικά με την αιτιολογία της (Laufer et al., 1957 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Μέχρι το τέλος λοιπόν της δεκαετίας του 1950 η υπερκινητικότητα ερμηνευόταν ως αποτέλεσμα κάποιας εγκεφαλικής βλάβης, ακόμη και αν αυτή δεν ήταν εμφανής ή σαφώς προσδιορισμένη με βάση νευρολογικές εξετάσεις. Η θεραπευτική παρέμβαση περιοριζόταν στη φαρμακευτική αγωγή με διεγερτικά φάρμακα και στη μείωση των ερεθισμάτων του εκπαιδευτικού περιβάλλοντος των παιδιών αυτών (Curatolo et al., 2008).

Στις αρχές της δεκαετίας του 1960 έκαναν την εμφάνιση τους μια σειρά από δημοσιεύσεις οι οποίες αμφισβητούσαν έντονα την ύπαρξη ενός ομοιογενούς συνδρόμου εγκεφαλικής βλάβης στα παιδιά. Κατέκριναν επίσης την άποψη ότι η παρουσία παθολογικών συμπτωμάτων στη συμπεριφορά αποδεικνύει, χωρίς άλλα στοιχεία, την ύπαρξη κάποιας εγκεφαλικής βλάβης. Ας σημειωθεί άλλωστε ότι η διάγνωση της εγκεφαλικής βλάβης είχε δοθεί μόνο στο 5% των παιδιών που παρουσίαζαν τέτοιου είδους συμπεριφορά (Rutter, 1977 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές, τα συμπτώματα αυτού του συνδρόμου δεν παρουσίαζαν υψηλή συνάφεια μεταξύ τους και δεν είχαν ούτε σαφώς καθορισμένη αιτιολογία ούτε κοινή πορεία και έκβαση. Η αξία αυτής της ορολογίας έγκειτο κυρίως στη σημασία που απέδιδε στους νευρολογικούς μηχανισμούς σε μια εποχή που κάποιες ψυχαναλυτικές θεωρίες κατηγορούσαν τους γονείς και το οικογενειακό περιβάλλον για την εμφάνιση αυτών των συμπτωμάτων στα παιδιά. Έτσι, η έννοια του συνδρόμου της «Ελάχιστης Εγκεφαλικής Δυσλειτουργίας» άρχισε βαθμιαία να φθίνει, καθώς θεωρήθηκε εξαιρετικά ευρεία, ασαφής και χωρίς ιδιαίτερη σημασία για τη θεραπευτική αντιμετώπιση.

Κατά τη διάρκεια του 1970, μάλιστα, ο όρος εγκαταλείφθηκε οριστικά και αντικαταστάθηκε από άλλους, πιο συγκεκριμένους, οι οποίοι αναφέρονταν σε περισσότερο ομοιογενείς πληθυσμούς με κάποιο ορισμένο είδος γνωστικής διαταραχής ή διαταραχής της συμπεριφοράς και όχι σε κάποιον υποθετικό και μη παρατηρήσιμο νευρολογικό αιτιολογικό μηχανισμό.

Ο επικρατέστερος όρος μετά από εκείνο της «Ελάχιστης Εγκεφαλικής Δυσλειτουργίας» ήταν το «Υπερκινητικό Σύνδρομο». Ο Chess (1960) όρισε την υπερκινητικότητα ως εξής: «Υπερκινητικό είναι το παιδί το οποίο εκτελεί δραστηριότητες με ρυθμό ταχύτερο από το «φυσιολογικό» ρυθμό ενός μέσου παιδιού ή το παιδί που βρίσκεται διαρκώς σε κίνηση ή ένας συνδυασμός των δύο». Με τις απόψεις που ανέπτυξε στο κλασσικό άρθρο «Διάγνωση και αντιμετώπιση του υπερκινητικού παιδιού» ο Chess προώθησε την επιστημονική έρευνα ως προς τα εξής: 1. Θεώρησε την κινητική δραστηριότητα το κύριο χαρακτηριστικό της διαταραχής, 2. τόνισε την ανάγκη αντικειμενικής αξιολόγησης των συμπτωμάτων πέρα από τις εκτιμήσεις των γονέων και εκπαιδευτικών 3. απενοχοποίησε από τους γονείς για την εμφάνιση των συμπτωμάτων και 4. διαχώρισε το υπερκινητικό σύνδρομο από την περίπτωση του παιδιού με εγκεφαλική βλάβη (Chess, 1960 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000 σελ.38-39).

Την ίδια εποχή στη δεύτερη έκδοση του DSM (DSM-II, American Psychiatric Association, 1968), το σύνδρομο κάνει την εμφάνιση του με την ονομασία «Υπερκινητική αντίδραση στην παιδική ηλικία» και περιγράφεται με μια πρόταση: «Η διαταραχή χαρακτηρίζεται από αυξημένη κινητική δραστηριότητα, αεικίνησια. Εύκολη διάσπαση προσοχής και μειωμένη διάρκεια προσοχής, ιδιαίτερα στα μικρότερα παιδιά και τα συμπτώματα της συνήθως εξασθενούν στην εφηβεία» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000 σελ.39). Η περιγραφή αυτή αντανάκλασε την αλλαγή στις αντιλήψεις της εποχής, δεδομένου ότι είχε πραγματοποιηθεί μια μετάβαση από μια ονομασία που αναφερόταν σε ένα πιθανό αιτιολογικό μηχανισμό σε μια περιγραφική ονομασία, συμπεριφορικά προσανατολισμένη, που αναφερόταν στο κυρίαρχο σύμπτωμα του συνδρόμου.

Ενώ όμως αυτές ήταν οι απόψεις που επικρατούσαν στη Βόρειο Αμερική, στην Ευρώπη και ιδιαίτερα στη Μεγάλη Βρετανία, η υπερκινητικότητα εξακολουθούσε να αντιμετωπίζεται ως μια λιγότερο συνηθισμένη διαταραχή, η οποία πολλές φορές

συνοδεύονταν από άλλες ενδείξεις εγκεφαλικής βλάβης, όπως επιληψία, ημιπληγία, νοητική καθυστέρηση ή από ένα γνωστό ιστορικό εγκεφαλικού τραύματος ή λοίμωξης. Αυτές οι διαφορές στον τρόπο αντίληψης και ερμηνείας της διαταραχής είχαν ως συνέπεια μια σημαντική διαφοροποίηση στις εκτιμήσεις αναφορικά με τη συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής, τα διαγνωστικά κριτήρια και τις θεραπευτικές μεθόδους σε Βόρεια Αμερική και Ευρώπη μέχρι τη δεκαετία του 1980.

Στη δεκαετία του 1970-1979, ο αριθμός των ερευνών με αντικείμενο την υπερκινητικότητα αυξήθηκε με ραγδαίο ρυθμό. Η υπερκινητικότητα αποτέλεσε αντικείμενο σοβαρής και συστηματικής επιστημονικής μελέτης, ενώ παράλληλα αυξήθηκε το ενδιαφέρον του κοινού για το θέμα. Στις αρχές της δεκαετίας, τα χαρακτηριστικά του συνδρόμου διευρύνθηκαν για να συμπεριλάβουν κι άλλα, τα οποία μέχρι τότε οι ερευνητές θεωρούσαν απλώς συνωδά χαρακτηριστικά, όπως η παρορμητικότητα, η μικρή διάρκεια και η εύκολη διάσπαση προσοχής, το χαμηλό επίπεδο ανοχής στη ματαίωση και η επιθετικότητα. Δύο βασικές απόψεις επικράτησαν κατά τη δεκαετία αυτή όσον αφορά τη φύση της διαταραχής: η θεωρία του Wender και η θεωρία του Douglas.

Σύμφωνα με τη θεωρία του Wender (1971), τα παιδιά με Ελάχιστη Εγκεφαλική Δυσλειτουργία παρουσιάζουν δυσκολίες στη κινητική συμπεριφορά, στη αντιληπτική-γνωστική λειτουργία, στις σχολικές επιδόσεις, στην αυτορρύθμιση, στις διαπροσωπικές σχέσεις και στο συναίσθημα για τους εξής λόγους:

A. Αντιδρούν λιγότερο στις εμπειρίες τόσο της ευχαρίστησης όσο και του πόνου, με αποτέλεσμα τη μειωμένη ευαισθησία απέναντι στη αμοιβή και την τιμωρία και τη μικρότερη επιρροή των κοινωνικών κανόνων σε αυτά

B. Παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο δραστηριοποίησης, την οποία χειρίζονται αποτελεσματικά και γι' αυτό δυσκολεύονται να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους. Επιπλέον, είναι υπερκινητικά και κατά συνέπεια έχουν μειωμένη διάρκεια προσοχής και διασπώνται ευκολότερα από άλλα παιδιά.

Γ. Είναι πολύ εξωστρεφή, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν χαμηλό επίπεδο ανοχής στη ματαίωση και να έχουν συχνά ξεσπάσματα θυμού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000 σελ:41-42).

Η θεωρία του Wender παρουσιάζει ενδιαφέρον, αφήνει όμως πολλά ερωτήματα αναπάντητα. Κάποιοι όροι που χρησιμοποιεί, όπως «δραστηριοποίηση» ή «εξωστρέφεια», είναι ασαφής, ενώ οι μηχανισμοί που συνδέουν όσα ο ίδιος θεωρεί αίτια του συνδρόμου με τα συμπτώματα αυτού να παραμένουν αδιευκρίνιστοι. Επιπλέον στη θεωρία του φαίνεται να μην γίνεται διάκριση ανάμεσα στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και σε αυτά της Εναντιωτικής Προκλητικής Διαταραχής.

Το 1972 η Virginia Douglas υποστήριξε ότι το κυρίαρχο αίτιο των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν τα υπερκινητικά παιδιά δεν είναι ίδια η υπερκινητικότητά τους αλλά τα ελλείμματα στην παρατεταμένη προσοχή και στις διαδικασίες αυτορρύθμισης οι οποίες είναι υπεύθυνες για την οργάνωση, την καταγραφή και την επεξεργασία πληροφοριών. Επισήμανε επίσης ότι αυτοί είναι και οι τομείς στους οποίους επενεργούν θετικά τα διεγερτικά φάρμακα (Douglas, 1972 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Σύμφωνα με το μοντέλο της, το οποίο η Douglas συνέχισε να επεξεργάζεται και κατά την επόμενη δεκαετία (1980-1983), τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ οφείλονται σε ελλείμματα σε τέσσερις βασικούς τομείς: α. οργάνωση και διατήρηση της προσοχής και της προσπάθειας, β. δυνατότητα αναστολής των παρορμητικών αντιδράσεων, γ. ρύθμιση του επιπέδου εγρήγορσης ανάλογα με τις απαιτήσεις των περιστάσεων, και δ. ασυνήθιστα ισχυρή τάση για αναζήτηση άμεσης ενίσχυσης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000 σελ: 42-43).

Η επιρροή της θεωρίας της Douglas φαίνεται να έπαιξε σημαντικό ρόλο στη μετονομασία της διαταραχής σε «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής» στο DSM-III (American Psychiatric Association, 1980). Σε αυτή την έκδοση τα ελλείμματα στην ικανότητα για παρατεταμένη προσοχή και στον ανασταλτικό έλεγχο της συμπεριφοράς αναγνωρίστηκαν επίσημα ως σημαντικά για τη διάγνωση απ' ότι η υπερκινητικότητα.

Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1970, μελετήθηκε πιο διεξοδικά η επίδραση των διεγερτικών φαρμάκων στα υπερκινητικά παιδιά σχολικής ηλικίας και η χρήση τους εξαπλώθηκε με ραγδαίους ρυθμούς. Ωστόσο, η κακή ή η υπερβολική χρήση των φαρμάκων αυτών σε κάποιες περιπτώσεις προσέκλυσε την προσοχή των μέσων μαζικής ενημέρωσης στις Η.Π.Α., με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ολόκληρο σκάνδαλο γύρω από τη φαρμακευτική αγωγή της ΔΕΠ-Υ. Διατυπώθηκε μάλιστα η άποψη ότι η

υπερκινητικότητα ήταν ένας «μύθος», ο οποίος δημιουργήθηκε από μη ανεκτικούς δασκάλους και γονείς και από ένα ακατάλληλο εκπαιδευτικό σύστημα (Conrad, 1975· Schrag & Divoky, 1975 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη 2000).

Την ίδια εποχή στην Αμερική άρχισε να αναπτύσσεται μια τάση υπερβολικής ενασχόλησης με τη υγιεινή διατροφή και τη βελτίωση του επιπέδου διαβίωσης μέσα από αλλαγές στο περιβάλλον. Σε αυτό το πλαίσιο και κλίμα εμφανίστηκε μια θεωρία για τη ΔΕΠ-Υ η οποία υποστήριζε ότι η Υπερκινητική συμπεριφορά ήταν αποτέλεσμα αλλεργικής ή τοξικής αντίδρασης σε ορισμένα συστατικά της διατροφής, όπως οι τεχνητές χρωστικές ουσίες ή τα συντηρητικά (Feingold, 1975 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη 2000). Η άποψη αυτή μελετήθηκε από πολλούς ερευνητές και τελικά η Εθνική Επιτροπή που συστάθηκε για αυτό το θέμα (National Advisory Committee on Hyperkinesia and Food Additives, 1980) αποφάνθηκε ότι δεν υπήρχαν στοιχεία που να επιβεβαιώνουν την άποψη του Feingold. Παρά ταύτα, πέρασαν τουλάχιστον δέκα χρόνια προτού αυτή η θεωρία χάσει έδαφος στην αντίληψη της κοινής γνώμης.

Ένα άλλο πεδίο της έρευνας που αναπτύχθηκε εκείνη την εποχή ήταν ο ρόλος του περιβάλλοντος στην εμφάνιση της υπερκινητικής συμπεριφοράς στα παιδιά. «Ο Block (1977) πρότεινε μια θεωρία σύμφωνα με την οποία η τεχνολογική ανάπτυξη και ο γρήγορος ρυθμός των πολιτισμικών αλλαγών δημιουργούν αυξημένη νευρική και υπερδιέγερση και αυτή αλληλεπιδρά με μια προϋπάρχουσα τάση σε ορισμένα παιδιά για υπερκινητικότητα και προκαλεί την εκδήλωση της» (Block, 1977 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000 σελ:45).

Μια άλλη θεωρία, η οποία διαδόθηκε ευρύτερα, υποστήριζε ότι η υπερκινητικότητα είναι αποτέλεσμα λανθασμένης αγωγής και αναποτελεσματικού χειρισμού των παιδιών από τους γονείς τους. Ωστόσο, αυτές οι θεωρίες δεν έτυχαν ιδιαίτερης επιστημονικής στήριξης.

Στην αρχή της δεκαετίας του 1980 δημοσιεύθηκε η Τρίτη έκδοση του DSM (DSM-III, American Psychiatric Association, 1980), στην οποία η θεωρητική προσέγγιση του συνδρόμου είναι εντελώς διαφορετική από εκείνη της προηγούμενης έκδοσης. Η «Υπερκινητική Αντίδραση στην Παιδική ηλικία» μετονομάζεται σε «Διαταραχή Ελλειμματική Προσοχής» (με ή χωρίς Υπερκινητικότητα). Παρουσιάζονται τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων: της διαταραχής της προσοχής, της παρορμητικότητας και της

υπερκινητικότητας. Αυτά τα συμπτώματα, που αναφέρονται στη διαταραχή προσοχής και την παρορμητικότητα, περιγράφονται ως τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά του συνδρόμου. Το σημαντικότερο όμως είναι ότι τα νέα διαγνωστικά κριτήρια προσφέρουν σαφέστερους ορισμούς των συμπτωμάτων αυτών, παρέχουν οδηγίες για τη διάγνωση με βάση την ηλικία έναρξης και τη διάρκεια των συμπτωμάτων και θεωρούν τον αποκλεισμό άλλων ψυχιατρικών διαταραχών της παιδικής ηλικίας απαραίτητη προϋπόθεση για τη διάγνωση.

Μετά την έκδοση του DSM-III εξακολουθούν να επικρατούν διαφορετικές αντιλήψεις μεταξύ Ευρώπης και Βορείου Αμερικής, καθώς στην έκδοση του ICD-9 (International Classification of Diseases) από τη Παγκόσμια Οργάνωση Υγείας (World Health Organization, 1978) η υπερκινητικότητα εξακολουθεί να θεωρείται το βασικό σύμπτωμα της διαταραχής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Στο DSM-III παρουσιάζονται δύο τύποι διαταραχής με βάση την παρουσία ή την απουσία υπερκινητικότητας. Τα παιδιά που πληρούσαν τα κριτήρια και για τις τρεις κατηγορίες συμπτωμάτων έπαιρναν τη διάγνωση «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με Υπερκινητικότητα», ενώ αυτά που πληρούσαν τα κριτήρια μόνο για την παρορμητικότητα και τις διαταραχές προσοχής έπαιρναν τη διάγνωση «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής χωρίς Υπερκινητικότητα». Ωστόσο εκείνη την εποχή δεν υπήρχαν αρκετά ερευνητικά δεδομένα που να δικαιολογούν αυτό το διαχωρισμό και να πιστοποιούν τη χρησιμότητα και την εγκυρότητα του δεύτερου τύπου. Μόνο την επόμενη δεκαετία οι έρευνες έδειξαν ότι τα παιδιά των δύο ομάδων διέφεραν σε πολλούς τομείς (Barkley, Grodzinsky & DuPaul, 1992 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Την ίδια εποχή, με την έκδοση του DSM-III έγιναν προσπάθειες να οριστούν σαφή και κοινώς αποδεκτά κριτήρια για την επιλογή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ για ερευνητικούς σκοπούς (Barkley, 1982). Η σημαντικότερη δυσκολία ήταν ο διαχωρισμός των παιδιών με ΔΕΠ-Υ από εκείνα με Διαταραχή Διαγωγής (Loney, 1983· Loney & Milich, 1982 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ταυτόχρονα έγιναν προσπάθειες διαχωρισμού της ΔΕΠ-Υ από άλλες ψυχιατρικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας.

Άλλες έρευνες εκείνης της εποχής στράφηκαν προς την ανεύρεση υποκατηγοριών της ΔΕΠ-Υ που να μην βασίζονται στην παρουσία ή την απουσία υπερκινητικότητας.

Ένα τέτοιο κριτήριο θεωρήθηκε ότι μπορεί να είναι η ύπαρξη ή η απουσία αναγνωστικών δυσκολιών ή διαταραχών του λόγου. Πολλοί ερευνητές έδειξαν ότι ορισμένα γνωστικά ελλείμματα που μέχρι τότε αποδίδονταν στη ΔΕΠ-Υ σχετίζονταν περισσότερο με την παρουσία και το βαθμό των αναγνωστικών δυσκολιών ή διαταραχών του λόγου που παρουσίαζαν αυτά τα παιδιά (Ackerman et al., 1983· McGee et al., 1989 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Παρόλο που ορισμένες έρευνες κατέδειξαν ότι τελικά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και αναγνωστικές δυσκολίες δεν αποτελούν υποκατηγορία του συνδρόμου, αυτές οι έρευνες τόνισαν την σημασία του διαχωρισμού του ρόλου της ΔΕΠ-Υ και των αναγνωστικών δυσκολιών στην επίδοση των παιδιών σε τεστ αναγνωστικών δυσκολιών στην επίδοση των παιδιών σε τεστ γνωστικών δεξιοτήτων (Halperin et al., 1984 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Άλλοι ερευνητές προτίμησαν την διάκριση μεταξύ της υπερκινητικότητας που εκδηλώνεται τόσο στο σχολείο όσο και στο σπίτι (μόνιμη υπερκινητικότητα) από την υπερκινητικότητα που εμφανίζεται μόνο στο ένα από τα δύο πλαίσια (Schachar et al., 1981 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Το DSM-III-R συμπεριέλαβε αυτή την άποψη για τον καθορισμό του δείκτη βαρύτητας της ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, κάποιες έρευνες στο τέλος της δεκαετίας έδειξαν ότι τέτοιου είδους διαφορές ήταν μάλλον το αποτέλεσμα των διαφορετικών εκτιμήσεων των πληροφορήσης για το παιδί (Costello et al., 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ένα άλλο κριτήριο που μελετήθηκε για τη διάκριση υποκατηγοριών της ΔΕΠ-Υ ήταν η παρουσία ή η απουσία συναισθηματικών διαταραχών. Ορισμένοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, που παρουσιάζουν συγχρόνως σημαντικές δυσκολίες στο συναισθηματικό τομέα, η χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων μπορεί να επιφέρει τα αντίθετα αποτελέσματα, ενώ η χρήση αντικαταθλιπτικών ενδέχεται να είναι αποτελεσματικότερη (Pliszka, 1987 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Στην αναθεωρημένη έκδοση του DSM (DSM-III-R, American Psychiatric Association, 1987) το σύνδρομο περιέλαβε για μια ακόμη φορά την υπερκινητικότητα στην ονομασία του και καθιερώθηκε πλέον ως «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα». Οι αλλαγές που προωθήθηκαν ήταν σημαντικές για πολλούς λόγους. Ενώ πριν υπήρχαν τρεις διαφορετικές κατηγορίες συμπτωμάτων (απροσεξία, παρορμητικότητα και υπερκινητικότητα), στο DSM-III-R υπήρχε μια μόνο

κατηγορία η οποία περιλάμβανε 14 κριτήρια που ήταν βασισμένα σε ερευνητικά δεδομένα, προκειμένου να εξασφαλιστεί η διακριτή εγκυρότητά τους. Δόθηκε επίσης ιδιαίτερη έμφαση στην ανάγκη αξιολόγησης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ σε σχέση με τη νοητική ηλικία του παιδιού. Επιπλέον ο αποκλεισμός ύπαρξης συναισθηματικών διαταραχών δεν αποτελούσε πλέον απαραίτητη προϋπόθεση για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ.

Η σημαντικότερη αλλαγή όμως ήταν η κατάργηση της κατηγορίας «Διαταραχή Προσοχής χωρίς Υπερκινητικότητα» και η τοποθέτηση στη θέση μιας άλλης, ασαφώς διατυπωμένης, κατηγορίας που ονομάστηκε «Αδιαφοροποίητη Διαταραχή Προσοχής». Τέλος η ΔΕΠ-Υ ταξινομήθηκε μαζί με δύο άλλες διαταραχές της συμπεριφοράς την «Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή» και τη «Διαταραχή Διαγωγής» σε μία ευρύτερη κατηγορία με την ονομασία «Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς», λόγω της συχνής επικάλυψης των συμπτωμάτων τους και της συνοσηρότητάς τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ένα άλλο θέμα το οποίο απασχόλησε πολλούς ερευνητές ήταν οι συνέπειες της ΔΕΠ-Υ στις σχέσεις του παιδιού με γονείς, δασκάλους και συνομήλικους. Ένας μεγάλος αριθμός ερευνών πραγματοποιήθηκε προς αυτή τη κατεύθυνση και τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι αλληλεπιδράσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με τα μέλη του οικογενειακού αλλά και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος από εχθρικότητα, αρνητισμό και απορριπτική στάση (Mash & Johnston, 1982· Cunningham et al., 1985 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη 2000). Φάνηκε δηλαδή ότι οι δυσκολίες που συνδέονται με την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ δεν περιορίζονται στο ίδιο το άτομο, αλλά επεκτείνονται στο κοινωνικό πλαίσιο που διαμορφώνεται από τις ικανότητες του παιδιού και τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος (Whalen & Henker, 1980 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Κατά την διάρκεια αυτής της δεκαετίας αναπτύχθηκαν πολλά νέα διαγνωστικά εργαλεία για τη ΔΕΠ-Υ, παράλληλα με τις κλίμακες αξιολόγησης του Conners. Ιδιαίτερα σημαντική ήταν μια νέα κλίμακα αξιολόγησης της συμπεριφοράς του παιδιού, που έγινε γνωστή ως Child Behavior Checklist (CBCL, Achenbach & Endelbrock, 1983 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Η κλίμακα αυτή αφορούσε τη ψυχοπαθολογία του παιδιού. Εντούτοις, εμφανίστηκαν και άλλες κλίμακες που αξιολογούσαν αποκλειστικά τη ΔΕΠ-Υ, οι οποίες μάλιστα εστίαζαν την προσοχή τους

στη διάκριση της ΔΕΠ-Υ από άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας (Ullmann et al., 1984· DuPaul, 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η επικρατούσα άποψη για τη ΔΕΠ-Υ στα τέλη της δεκαετίας του 1980 ήταν ότι πρόκειται για μια αναπτυξιακή διαταραχή χρόνιας φύσης, η οποία ασκεί ιδιαίτερα αρνητική επίδραση στη σχολική και κοινωνική εξέλιξη των παιδιών και η οποία στηρίζεται σε μια ισχυρή βιολογική προδιάθεση. Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της, η συννοσηρότητα της με άλλες διαταραχές και η έκβαση της (όχι όμως η αιτιολογία της) θεωρούνταν παράγοντες που σχετίζονται άμεσα με τις περιβαλλοντικές και ιδιαίτερα με τις οικογενειακές συνθήκες στις οποίες μεγαλώνει το παιδί. Επίσης το ενδιαφέρον στράφηκε από την προσοχή στη δυνατότητα του αυτοελέγχου και στα κίνητρα της συμπεριφοράς, στοιχεία τα οποία θεωρήθηκαν κυρίαρχα στη συγκεκριμένη διαταραχή (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Οι σύγχρονες κατευθύνσεις της έρευνας περιλαμβάνουν την ανάπτυξη νέων επιστημονικών μεθόδων μελέτης της εγκεφαλικής δραστηριότητας, ενώ παράλληλα με τις νευρολογικές έρευνες αρχίζει να διεξάγεται και ένας σημαντικός αριθμός γενετικών ερευνών. Την ίδια περίοδο συνεχίζεται η διεύρυνση του ερευνητικού ενδιαφέροντος για τη ΔΕΠ-Υ στους ενήλικες, το οποίο είχε ξεκινήσει από τη δεκαετία του 1970. Η εξάπλωση αυτή οφείλεται, αφενός, στη δημοσίευση ερευνών παρακολούθησης που δείχνουν ότι η διαταραχή επιμένει τόσο στην εφηβεία (σε ποσοστό 70%) όσο και στην ενήλικη ζωή (σε ποσοστό 66%) σε άτομα που είχαν λάβει τη διάγνωση αυτή ως παιδιά (Fischer, Barkley, Edelbrock & Smallish, 1990· Mannuza et al., 1993 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη 2000), αφετέρου, οφείλεται στη δημοσίευση μελετών οι οποίες αφορούν την διάγνωση αυτής της διαταραχής σε ενήλικα άτομα χωρίς προηγούμενη διάγνωση (Biederman et al., 1993· Murphy & Barkley, 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τέλος, η δεκαετία του 1990 έχει να επιδείξει την έκδοση του DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), τα κριτήρια του οποίου βασίζονται σε αυστηρά επιστημονικά ερευνητικά δεδομένα. Το DSM-IV τονίζει ότι θεωρείται αναγκαίο η διαταραχή να είναι παρούσα σε τουλάχιστον δύο πλαίσια (π.χ. σχολείο, σπίτι) και να υπάρχει σημαντική δυσλειτουργικότητα του ατόμου σε διάφορους τομείς της ζωής του, προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ. Επίσης, αντί της μίας και μοναδικής

ομάδας συμπτωμάτων που δινόταν στο DSM-III-R, στο DSM-IV δίνονται δύο διαφορετικές ομάδες. Η πρώτη περιλαμβάνει συμπτώματα που αναφέρονται στη διαταραχή της προσοχής και η άλλη περιλαμβάνει συμπτώματα που αναφέρονται στην Υπερκινητική-παρορμητική συμπεριφορά. Όταν πληρούνται τα κριτήρια και των δύο κατηγοριών, τότε δίνεται η διάγνωση «ΔΕΠ-Υ, συνδυασμένος τύπος». Όταν πληρούνται τα κριτήρια μόνο της πρώτης κατηγορίας, η διάγνωση είναι «ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο» ενώ πληρούνται τα κριτήρια μόνο της δεύτερης κατηγορίας, η διάγνωση είναι «ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

3. Επιδημιολογία

3.1. Εισαγωγικά

Η ακριβής μέτρηση της συχνότητας εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει δυσκολίες, διότι ο ορισμός της διαταραχής έχει υποστεί πολλές αλλαγές και δεν υπάρχουν ακριβείς και αντικειμενικές μετρήσεις για τη ΔΕΠ-Υ. Γι' αυτούς ακριβώς τους λόγους ορισμένοι ειδικοί αρνούνται ακόμη και την ύπαρξη της διαταραχής (Kohn, 1989· Shrag & Divoky, 1975 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Η ίδια όμως δυσκολία, η οποία αφορά τον σαφή ορισμό και τις αντικειμενικές μετρήσεις της ΔΕΠ-Υ, ισχύει για το σύνολο των ψυχικών διαταραχών και των ψυχολογικών προβλημάτων.

Η πλειονότητα των ειδικών εκτιμά ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται μεταξύ του 3% έως 5% του παιδικού πληθυσμού (American Psychiatric Association, 1994 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Αντίστοιχα στη Μ. Βρετανία, οι επιδημιολογικές έρευνες δείχνουν ότι σύμφωνα με το διαγνωστικό εγχειρίδιο DSM-IV το 1.4% του πληθυσμού των παιδιών παρουσιάζει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και το 1%, σύμφωνα με το ICD-10 (Thapar & Munoz-Solomando, 2008).

Η συχνότητα αυτή όμως διαφοροποιείται σημαντικά ανάλογα με τον τρόπο που επιλέγει ο κάθε ειδικός προκειμένου να ορίσει και να μετρήσει τη ΔΕΠ-Υ, τον πληθυσμό στον οποίο επικεντρώνεται η ερευνά του, καθώς και το βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στις εκτιμήσεις γονέων, παιδαγωγών και ειδικών. Παλαιότερες εκτιμήσεις σε ότι αφορά τη συχνότητα της ΔΕΠ-Υ κυμαίνονται μεταξύ 1% και 20% (DuPaul, 1991· Ross & Ross, 1982 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Μεμονωμένα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ μπορεί να εμφανιστούν σε πολύ μεγάλο ποσοστό του πληθυσμού των «φυσιολογικών» παιδιών. Σε έρευνα των Lapouse και Monk (1958), η οποία διενεργήθηκε σε μεγάλο δείγμα πληθυσμού παιδιών σχολικής ηλικίας και στην οποία ζητήθηκε από παιδαγωγούς να εκτιμήσουν διάφορα προβλήματα συμπεριφοράς, βρέθηκε ότι το 57% των αγοριών και το 42% των κοριτσιών είχαν χαρακτηριστεί υπερδραστήρια (Lapouse & Monk, 1958 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Τα στοιχεία αυτά χρησιμοποιούν συχνά οι ειδικοί που απορρίπτουν την ιδέα της ύπαρξης της ΔΕΠ-Υ για να δείξουν ότι πολλά «φυσιολογικά» παιδιά μπορεί

να παρουσιάζουν χαρακτηριστικά της διαταραχής αυτής (Kohn, 1989· Shrag & Divoky, 1975 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ωστόσο, αυτή η κριτική αγνοεί ότι προκειμένου να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, ο αριθμός και ο βαθμός των συμπτωμάτων θα πρέπει να είναι σημαντικά δυσανάλογοι της ηλικίας και του φύλου του παιδιού. Θα πρέπει δηλαδή να χρησιμοποιούνται στατιστικά κριτήρια προκειμένου να στηριχθεί η διάγνωση και να διαπιστωθεί αν η συμπεριφορά ενός συγκεκριμένου παιδιού αποκλίνει από αυτό που θεωρείται «φυσιολογικό» σύμφωνα με την ηλικία και το φύλο του.

3.2. Προσδιορισμός της συχνότητας εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ με βάση κλίμακες αξιολόγησης

Ένας συνήθης τρόπος προσέγγισης της συχνότητας εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ είναι αυτός που στηρίζεται στη χορήγηση κλιμάκων αξιολόγησης σε γονείς και παιδαγωγούς. Με τις κλίμακες αυτές, στις οποίες περιγράφονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, μπορεί να διερευνηθεί μεγάλος πληθυσμός παιδιών.

Η συχνότητα της ΔΕΠ-Υ σε παιδιά τα οποία ζουν σε περιοχές των Η.Π.Α., όπως διαπιστώνεται από τη χορήγηση κλιμάκων αξιολόγησης που στηρίζονται στα κριτήρια διάγνωσης του DSM-IV, κυμαίνεται περίπου στο 7% (Wolraich et al., 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σε έρευνα των Szatmari και των συνεργατών του (1989a), η οποία πραγματοποιήθηκε στον Καναδά, βρέθηκε ότι το 9% των αγοριών και το 3% των κοριτσιών παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ (Szatmari et al., 1989a παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σε έρευνα που διεξήχθη στη Γερμανία σε δείγμα 1.077 παιδιών σχολικής ηλικίας και η οποία στηρίχθηκε στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-III-R, βρέθηκε ότι το 10,9% παρουσίαζε ΔΕΠ-Υ (Baumgaertel et al., 1995 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σε ανάλογη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Ιαπωνία, κατά την οποία χορηγήθηκε σε μητέρες 1.022 παιδιών ηλικίας από 4 έως 12 ετών μια κλίμακα αξιολόγησης που βασιζόταν στα κριτήρια του DSM-II-R, βρέθηκε ότι η συχνότητα της ΔΕΠ-Υ ήταν 7.7% (Kanbayashi et al., 1994 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Είναι σημαντικό να τονιστεί πως έρευνες έχουν δείξει ότι οι κλινικοί που χρησιμοποιούν τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV, αποκαλύπτουν υψηλότερα ποσοστά παιδιών με ΔΕΠ-Υ περίπου 3% έως 5% από τους κλινικούς που χρησιμοποιούν τα διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10 με ποσοστό περίπου 0.5% (Munden & Arcelus, 1999).

3.3. Προσδιορισμός της συχνότητας εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ με βάση τα κλινικά διαγνωστικά κριτήρια

Όπως φαίνεται από όσα προαναφέρθηκαν, τα διαγνωστικά κριτήρια για την οποιαδήποτε ψυχική διαταραχή δεν περιορίζονται απλώς στην καταγραφή της στατιστικής απόκλισης σε μια ορισμένη κλίμακα αξιολόγησης. Μέχρι σήμερα έχουν δημοσιευθεί αρκετές μελέτες οι οποίες έχουν βασιστεί στα πλήρη κριτήρια διάγνωσης του DSM. Αυτές οι έρευνες συγκεντρώνουν στοιχεία μέσα από συνεντεύξεις με γονείς, παιδιά ή και παιδαγωγούς και δεν στηρίζονται αποκλειστικά σε κλίμακες αξιολόγησης.

Η μέση συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με αυτού του είδους τις έρευνες κυμαίνεται στο 4.9% (Barkley, 1998b παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Οι παράγοντες οι οποίοι φαίνεται να επηρεάζουν τη συχνότητα της ΔΕΠ-Υ είναι κυρίως η ηλικία, το φύλο, τα χρόνια προβλήματα υγείας, η δυσλειτουργικότητα της οικογένειας, το κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο και άλλες αναπτυξιακές βλάβες (Szatmari, 1992 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Σε δείγμα 720 ενηλίκων η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ βρέθηκε να κυμαίνεται στο 4,7% (Murphy & Barkley, 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Επίσης, σε δείγμα πληθυσμού παιδιών εφηβικής ηλικίας διαπιστώθηκε ότι η συχνότητα της ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως μικρότερη απ' ότι στις μικρότερες ηλικίες. Η διαπίστωση αυτή είναι πιθανό να οφείλεται στο γεγονός ότι τα κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ αναφέρονται σε μορφές συμπεριφοράς οι οποίες χαρακτηρίζουν περισσότερο τα άτομα μικρότερων ηλικιών και ιδιαίτερα παιδιά σχολικής ηλικίας.

Η ΔΕΠ-Υ έχει παρατηρηθεί σε όλες τις χώρες όπου έχουν γίνει μέχρι σήμερα σχετικές έρευνες. Σε ορισμένες χώρες, ωστόσο, η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ

διαπιστώθηκε ότι είναι πολύ μεγαλύτερη από ότι σε άλλες. Στις Ινδίες, για παράδειγμα, η συχνότητα της ΔΕΠ-Υ βρέθηκε να κυμαίνεται στο 29% (Bhatia et al., 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000), ενώ στη Νέα Ζηλανδία μόλις έφθανε στο 3% (Fergusson, Horwood & Lynskey, 1993 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Επίσης, έρευνες στην Αυστραλία έδειξαν ότι τα αγόρια παρουσιάζουν υψηλότερο ποσοστό εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ από ότι τα αγόρια στη Μεγάλη Βρετανία (Munden & Arcelus, 1999).

Με βάση τα μέχρι σήμερα ερευνητικά δεδομένα, η συχνότητα εκδήλωσης των διαταραχών συγκέντρωσης της προσοχής ποικίλει. Αυτές οι διαφορές οφείλονται ουσιαστικά όχι τόσο στη διαφορετικότητα των μεθόδων προσέγγισης του φαινομένου και στη διαφορετικότητα της αιτιολογίας και της ερμηνείας, αλλά πολύ περισσότερο στη διαφορετικότητα της εννοιολογικής αντίληψης της διαταραχής από τη μεριά των ερευνητών (Κυπριωτάκη, 2004).

Σύμφωνα με την έρευνα του Thalmann (1984), βρέθηκε ότι οι μαθητές του Δημοτικού Σχολείου, σε ποσοστό 38% παρουσιάζουν «αδυναμία συγκέντρωσης». Από μια άλλη έρευνα του Reiser (1976), βρέθηκε ότι μόνο το 5% των μαθητών χαρακτηρίζονται ως παιδιά με πολλή κακή ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής και 13,2% ως παιδιά με αδυναμία συγκέντρωσης σε συνδυασμό και με άλλες διαταραχές της συμπεριφοράς (Thalmann, 1984· Reiser, 1976 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004). Από την άλλη μεριά η έρευνα του Baumgaertel και των συνεργατών του (1995) που στηρίχθηκε στο κριτήριο του DSM-III-R έδειξε ότι 10,9% των παιδιών σχολικής ηλικίας παρουσιάζει διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής (Baumgaertel et al., 1995 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

3.4. ΔΕΠ-Υ και φύλο

Σε όλες τις έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ είναι μεγαλύτερη στα αγόρια απ' ότι στα κορίτσια. Όταν χρησιμοποιούνται κλινικά δείγματα, η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ είναι κατά μέσο όρο 6 φορές μεγαλύτερη στα αγόρια, ενώ στις επιδημιολογικές μελέτες οι οποίες αφορούν συνήθως ένα τυχαίο δείγμα του πληθυσμού στην κοινότητα – η αναλογία αυτή περιορίζεται κατά μέσο όρο στο 3,1:1

πάντα σε βάρος των αγοριών. Παρ' όλα αυτά η συχνότητα των δύο φύλων εξισώνεται όταν ενηλικιωθούν (Ross & Ross 1982· Szatmari et al., 1989 παραπομπή Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Στην Ελλάδα η έρευνα των Κάκουρος & Μανιαδάκη (2000), έδειξε ότι το 10% των μαθητών παρουσιάζει ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα. Όσο αφορά στην εμφάνιση της διαταραχής ανάμεσα στα αγόρια και κορίτσια, όλες οι έρευνες δείχνουν ότι το ποσοστό των αγοριών είναι μεγαλύτερο από εκείνο των κοριτσιών. Η αναλογία σε αγόρια και κορίτσια ανέρχεται 1,5:1 έως 5:1, πάντοτε σε βάρος των αγοριών (Μάνος, 1988· Eisert & Eisert, 1988 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

Το γεγονός ότι η αναλογία των αγοριών με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ μεγαλύτερη στο δείγμα των παιδιών που παραπέμπονται σε ψυχολογικές υπηρεσίες είναι πιθανό να οφείλεται στη τάση που διακρίνει τα αγόρια να εκδηλώνουν συχνότερα επιθετική ή αντικοινωνική συμπεριφορά, με αποτέλεσμα γονείς και παιδαγωγοί να ανησυχούν περισσότερο για αυτά. Είναι λοιπόν φυσικό να παραπέμπονται συχνότερα τα αγόρια σε ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες. Η ερμηνεία αυτή επιβεβαιώνεται και από ερευνητικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία η επιθετική συμπεριφορά εμφανίζεται με μεγαλύτερη συχνότητα στο δείγμα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ τα οποία παραπέμπονται σε ιατροπαιδαγωγικές υπηρεσίες σε σύγκριση με τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα οποία εντοπίζονται σε επιδημιολογικές έρευνες (Breen & Barkley, 1988 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Επίσης, η φύση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ φαίνεται να διαφοροποιείται ανάλογα με το φύλο του παιδιού. Τα κορίτσια συνήθως βιώνουν μεγαλύτερο άγχος, αλλά παρουσιάζουν λιγότερα προβλήματα συμπεριφοράς σε σύγκριση με τα αγόρια (Gadow & Sprafkin, 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Επίσης, τα κορίτσια με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν συχνότερα διαταραχές ομιλίας, ενούρηση, καθώς και μαθησιακές δυσκολίες (Berry et al., 1985· Sharp et al., 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Σε μια έρευνα των Lapouse και Monk (1958), βρέθηκε ότι παιδιά σχολικής ηλικίας με προβλήματα συμπεριφοράς, το 57% των αγοριών και το 42% των κοριτσιών παρουσιάζουν προβλήματα υπερκινητικότητας. Σε μια παρόμοια έρευνα των Werry και Quay (1971), η οποία περιελάμβανε μεγαλύτερο πληθυσμό παιδιών, βρέθηκε ότι το 30%

των αγοριών και το 12% των κοριτσιών είναι υπερκινητικά (Larouse & Monk, 1958· Werry & Quay, 1971 παραπομπή στο Barkley, 1982). Επίσης, το 46% των αγοριών και το 22% των κοριτσιών παρουσιάζουν διασπαστική συμπεριφορά και το 43% των αγοριών και το 25% των κοριτσιών έχουν μικρά προβλήματα προσοχής (Barkley, 1982).

Σύμφωνα με νεότερες έρευνες ο αριθμός των κοριτσιών με διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής είναι πολύ μεγαλύτερος απ' ό,τι θεωρούσαν παλαιότερα. Αυτό οφείλεται στο γεγονός, ότι στα κορίτσια φαίνεται περιορισμένος ο βαθμός υπερκινητικότητας, αφού στη πλειονότητα των περιπτώσεων διαταραχών προσοχής εκδηλώνεται έντονα η υπερκινητικότητα. Μάλιστα, εκδηλώνονται στα κορίτσια περισσότερο ανικανότητα προσοχής και συγκέντρωσής της και παρορμητικότητα και λιγότερο κινητικές διαταραχές. Για το λόγο αυτόν, εντοπίζονται κάπως πιο δύσκολα μέσα στην τάξη. Κατά την εφηβεία, οι δυσκολίες στα κορίτσια αυξάνονται, οπότε η ψυχολογική στήριξη είναι απαραίτητη (Κυπριωτάκη, 2004).

Αυτά τα αποτελέσματα δείχνουν ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών να παρουσιάζουν συμπτώματα υπερκινητικού συνδρόμου αλλά αυτό πρέπει να μελετηθεί εκτενώς εφόσον και φυσιολογικά παιδιά ενδέχεται να παρουσιάζουν τέτοια συμπτώματα. Παρ' όλα αυτά σημαντικός είναι ο ρόλος των ειδικών, του σχολείου, της οικογένειας και της κοινωνίας γενικότερα τους οποίους η παρουσία είναι απαραίτητη για τη σωστή διάγνωση, θεραπεία και αντιμετώπιση.

Συμπερασματικά, φαίνεται ότι παγκοσμίως τα αγόρια εμφανίζουν τρεις φορές περισσότερο συμπτώματα ΔΕΠ-Υ από ό,τι τα κορίτσια. Βέβαια, τα ποσοστά εμφάνισης των συμπτωμάτων αυτών διαφέρουν από χώρα σε χώρα και πολλοί είναι οι παράγοντες οι οποίοι θα πρέπει να κάνουν τους ερευνητές πιο επιφυλακτικούς. Επίσης, ο τρόπος μέτρησης της συχνότητας της ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να γίνεται πιο επιστημονικά και να λαμβάνονται υπόψη όλοι οι παράγοντες οι οποίοι μπορεί να είναι υπεύθυνοι για την εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Παρ' όλα αυτά πολλά είναι τα σημερινά δεδομένα που αναθέτουν τα παλαιότερα ευρήματα, κυρίως γιατί έχουν προστεθεί πολλά νέα επιστημονικά θέματα για τα οποία χρειάζεται περαιτέρω μελέτη και επιστημονική επικύρωση.

4. Τα πιθανά αίτια της ΔΕΠ-Υ

4.1. Γενικά

Τα τελευταία χρόνια, τα ερευνητικά δεδομένα που αναφέρονται στα πιθανά αίτια της ΔΕΠ-Υ έχουν αυξηθεί κατά πολύ. Εντούτοις, δεν έχουν οδηγήσει ακόμη σε ακριβή συμπεράσματα, παρόλο που μέχρι σήμερα έχουν αναφερθεί διάφορων ειδών αιτιολογικοί παράγοντες, για πολλούς από τους οποίους δεν υπάρχουν επαρκώς τεκμηριωμένες αποδείξεις, ενώ σε ορισμένες περιπτώσεις οι αποδείξεις απουσιάζουν εντελώς. Υπάρχουν βέβαια αρκετοί παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό με την πιθανότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, αλλά οι ειδικοί δεν γνωρίζουν με ακρίβεια εκείνους που ευθύνονται άμεσα για τα συμπτώματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, ούτε τις διαδικασίες μέσω των οποίων αυτοί επηρεάζουν την εμφάνιση των συμπτωμάτων της διαταραχής.

Οι προσπάθειες διερεύνησης των αιτιολογικών παραγόντων της ΔΕΠ-Υ συναντούν πολλές μεθοδολογικές δυσκολίες. Συχνά μάλιστα διαπιστώνεται ασυμφωνία στα ευρήματα των διαφόρων ερευνών. Παρ' όλα αυτά φαίνεται ότι τα περισσότερα ερευνητικά δεδομένα στηρίζουν πλέον την εκτίμηση ότι, αν και η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ είναι πολυπαραγοντική, τον πρώτο λόγο έχουν γενετικοί και οι νευρολογικοί παράγοντες. Σε ένα πολύ μικρό όμως ποσοστό (2%) των περιπτώσεων των διαταραχών της ικανότητας συγκέντρωσης της προσοχής τα αίτια είναι κληρονομικά και η συντριπτική πλειοψηφία των αιτιολογικών παραγόντων της ΔΕΠ-Υ που έχουν τύχει ως τώρα μεγαλύτερης ερευνητικής στήριξης είναι βιολογικοί, αναφέρονται δηλαδή στην ανάπτυξη και στη λειτουργία του εγκεφάλου (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Κυπριωτάκη, 2004).

Ο τρόπος με τον οποίο νευρολογικοί και γενετικοί παράγοντες μπορούν να συντελέσουν στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ δεν είναι γνωστός. Μερικοί γιατροί μιλούν για βλάβη στην «επιλογή» των ερεθισμάτων ή αλλιώς, για μια βλάβη στην κατ' αίσθηση αντίληψη και στο κέντρο αφομοίωσης των ερεθισμάτων. Με άλλα λόγια δε γίνεται το ανάλογο και απαραίτητο «φιλτράρισμα» και κατά συνέπεια, δεν πραγματοποιείται η απόρριψη των περιττών ερεθισμάτων τα οποία δεχόμαστε όλοι μας κάθε στιγμή από το περιβάλλον (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Μάρκου, 1994).

Τα ερευνητικά δεδομένα όμως, που υπάρχουν αναφέρονται συνήθως σε συνάφειες και γι' αυτό δεν αποδεικνύουν άμεσα την πρωτογενή αιτία η οποία ευθύνεται για τη ΔΕΠ-Υ. Για παράδειγμα, η εύρεση συσχέτισης μεταξύ του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ στο παιδί δεν αποτελεί απόδειξη ότι το κάπνισμα είναι η αιτία της ΔΕΠ-Υ. Είναι πιθανό, για παράδειγμα, οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ να παρουσιάζουν την ίδια διαταραχή. Έχει όμως βρεθεί ότι οι γονείς με ΔΕΠ-Υ καπνίζουν περισσότερο σε σχέση με τους άλλους γονείς. Σε αυτή τη περίπτωση, θα μπορούσε να θεωρηθεί ότι υπάρχει μια τρίτη μεταβλητή η οποία επηρεάζει τη σχέση μεταξύ του καπνίσματος κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και της εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ. Αυτή είναι η γενετική (βιολογική) σχέση γονέων και παιδιού. Γι' αυτούς λοιπόν τους λόγους χρειάζεται πάντα ιδιαίτερη προσοχή όταν ερμηνεύονται τα αποτελέσματα ερευνών οι οποίες στηρίζονται σε μεθόδους συσχέτισεων. Από την άλλη πλευρά, οι εκτιμήσεις ορισμένων ερευνητών, οι οποίοι κάνουν λόγο για ψυχοκοινωνικά αίτια, δεν έχουν τεκμηριωθεί επιστημονικά.

Στις περισσότερες περιπτώσεις κατά τις οποίες βρέθηκε σημαντική σχέση μεταξύ ορισμένων ψυχοκοινωνικών παραγόντων, όπως μεταξύ της κακής διαπαιδαγώγησης του παιδιού από τους γονείς του, των οικογενειακών συγκρούσεων, της ψυχοπαθολογίας των γονέων και της εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ, μια προσεκτικότερη ανάλυση ή μεταγενέστερες έρευνες έδειξαν ότι η σχέση αυτή είναι μάλλον το αποτέλεσμα της επίδρασης των προβλημάτων του παιδιού με ΔΕΠ-Υ στη συμπεριφορά των γονέων παρά το αίτιο εμφάνισης της διαταραχής. Σε άλλες περιπτώσεις πάλι φάνηκε ότι, οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν οι ίδιοι τη διαταραχή και επομένως ήταν αυτή η κληρονομική διάταξη που δυσχέραινε περισσότερο τις ενδοοικογενειακές σχέσεις και επηρέαζε τις μεθόδους διαπαιδαγώγησης αυτών των γονέων (Plomin, 1995 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ως εκ τούτου, οι λιγοστοί ισχυρισμοί ότι η ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι αποτέλεσμα κακής διαπαιδαγώγησης του παιδιού από τους γονείς του, θα πρέπει να αντιμετωπίζονται με σκεπτικισμό, τουλάχιστον μέχρι να διευκρινιστούν τα πρωτογενή αίτια της συμπεριφοράς αυτών των γονέων (Silverman & Ragusa, 1992· Wills & Lovaas, 1977 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Θα πρέπει να επισημανθεί επίσης, ότι τόσο το οικογενειακό όσο και το σχολικό περιβάλλον διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην πορεία εξέλιξης των δυσκολιών του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Συνεπώς, αν και ο ρόλος των περιβαλλοντικών παραγόντων σε ότι αφορά τα πρωτογενή αίτια της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ είναι περιορισμένος, οι παράγοντες αυτοί σίγουρα σχετίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό με την έκβασή της (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Φυσικά, η ΔΕΠ-Υ δεν είναι αποτέλεσμα μόνο ενός παράγοντα, αλλά συνδυασμός παραγόντων από πολλές διαφορετικές παραμέτρους. Οι κλινικοί θα πρέπει να είναι αρκετά συνειδητοποιημένοι στο να βγάζουν οριστικά συμπεράσματα από τη «φτωχή» βιβλιογραφία που έχουν στα χέρια τους αλλά και να προσπαθούν για κάτι καλύτερο (Barkley, 1982).

4.1.2. Νευρολογικοί Παράγοντες

Στις αρχές της μελέτης της ΔΕΠ-Υ από τους ειδικούς, η πιο σημαντική και η πιο γρήγορη αιτιολογία που δόθηκε για την υπερκινητικότητα ήταν κυρίως, η εγκεφαλική δυσλειτουργία ή βλάβες στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα, που συνήθως εμφανίζονταν μετά τη γέννηση στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Barkley, 1982). Σύμφωνα με τον ερευνητή Still (1902), ο οποίος περιέγραψε για πρώτη φορά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, διατύπωσε την υπόθεση ότι η διαταραχή αυτή είναι αποτέλεσμα της επίδρασης κληρονομικών παραγόντων ή κάποιας εγκεφαλικής βλάβης. Οι σύγχρονες έρευνες εξακολουθούν να ασχολούνται με αυτούς τους δύο πιθανούς αιτιολογικούς παράγοντες, για τους οποίους μάλιστα έχει συγκεντρωθεί ο μεγαλύτερος αριθμός αποδείξεων στις έρευνες που διεξάγονται για τη ΔΕΠ-Υ (Still, 1902 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Στη διάρκεια του 20^{ου} αιώνα οι ερευνητές εντόπισαν πολλές ομοιότητες ανάμεσα στα συμπτώματα των ατόμων με ΔΕΠ-Υ και ατόμων που είχαν υποστεί βλάβη ή τραυματισμό στο μετωπιαίο λοβό και ειδικότερα στο προμετωπιαίο φλοιό του εγκεφάλου (Mattes, 1980· Benton, 1991· Heilman et al., 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Τόσο τα παιδιά όσο και οι ενήλικες που έχουν υποστεί βλάβη στο προμετωπιαίο τμήμα του φλοιού του εγκεφάλου παρουσιάζουν ελλείμματα στη

συντηρούμενη προσοχή, τον αντανακλαστικό έλεγχο, τη ρύθμιση του συναισθήματος και των κινήτρων, καθώς επίσης στην ικανότητα για διαχρονική οργάνωση της συμπεριφοράς (Stuss & Benson, 1986· Grattan & Eslinger, 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η νευρολογική βάση της ΔΕΠ-Υ υποστηρίζεται και από πολλές ενδείξεις. Η πρόωπη εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και η σχετική επιμονή τους στο χρόνο, καθώς και η σχέση τους με άλλες αναπτυξιακές διαταραχές όπως είναι π.χ. οι μαθησιακές δυσκολίες, οι διαταραχές του λόγου και οι κινητικές δυσκολίες, πιστεύεται πως σχετίζονται με νευρολογικές βλάβες. Επίσης, η σημαντική βελτίωση που διαπιστώνεται συχνά σε άτομα με ΔΕΠ-Υ στα οποία έχουν χορηγηθεί διεγερτικά φάρμακα έχει στρέψει τους ερευνητές στην αναζήτηση αιτιών που σχετίζονται με νευροαναπτυξιακούς παράγοντες.

Τα τελευταία χρόνια έχουν συγκεντρωθεί διάφορα ερευνητικά δεδομένα τα οποία στηρίζουν πιο άμεσα τις εκτιμήσεις για τη νευροαναπτυξιακή βάση αυτής της διαταραχής. Οι μελέτες οι οποίες βασίστηκαν σε νευροφυσιολογικές μετρήσεις έδειξαν ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα διέγερσης από άλλα άτομα (Ross & Ross, 1982 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000), ενώ από τη χρήση δοκιμασιών επαγρύπνησης διαπιστώθηκε ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλότερες επιδόσεις. Παράλληλα, βρέθηκε ότι οι επιδόσεις των ατόμων με ΔΕΠ-Υ στα τεστ επαγρύπνησης βελτιώνονται μετά τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων (Frank et al., 1992· Kuperman et al., 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Αυτό επισυμβαίνει, επειδή πιστεύεται ότι τα παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ έχουν έλλειψη ντοπαμίνης και νορεπινεφρίνης στον οργανισμό τους (Barkley, 1982).

Αρκετές μελέτες που διεξάχθηκαν από πολλούς ερευνητές διερευνήθηκε η αιματική ροή σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ και σε «φυσιολογικά» παιδιά. Κλασσική είναι η έρευνα του Zametkin και των συνεργατών του (1990), οι οποίοι με τη μέθοδο της τομογραφίας εκπομπής ποζιτρονίων (PET) μελέτησαν τη μεταβολική δραστηριότητα του εγκεφάλου σε 25 ενήλικες που παρουσίαζαν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και είχαν παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι τα άτομα αυτά παρουσίαζαν σε σημαντικό βαθμό μειωμένη μεταβολική δραστηριότητα γλυκόζης, συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου, κυρίως στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου (Zametkin et al., 1990 παραπομπή στο

Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Αυτά τα αποτελέσματα επιβεβαιώνουν παλαιότερες νευρολογικές έρευνες που έδειχναν μειωμένη εγκεφαλική αιματική ροή στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Lou et al., 1984· Sieg et al., 1995 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τα τελευταία χρόνια, επίσης, η λεπτομερής ανάλυση της δομής του εγκεφάλου με τη χρήση μαγνητικής τομογραφίας (MRI) υψηλής ανάλυσης έδειξε ότι υπάρχουν δομικές διαφορές σε ορισμένες περιοχές του εγκεφάλου των ατόμων με ΔΕΠ-Υ σε σύγκριση με τα άτομα της ομάδας ελέγχου (Castellanos et al., 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Στις εν λόγω μελέτες εξετάστηκαν αρχικά οι περιοχές των αριστερών και δεξιών κροταφικών λοβών οι οποίες σχετίζονται με την ακουστική διάκριση και ανάλυση σε παιδιά με μαθησιακές δυσκολίες καθώς και σε «φυσιολογικά» παιδιά. Για μια χρονική περίοδο οι ερευνητές οι οποίοι μελετούσαν τις δυσκολίες ανάγνωσης επικέντρωσαν το ενδιαφέρον τους σε αυτές τις περιοχές του εγκεφάλου, επειδή η σχέση τους με την ανάλυση των ήχων της ομιλίας θεωρείται δεδομένη. Στις συγκεκριμένες έρευνες βρέθηκε ότι το μέγεθος ορισμένων κροταφικών λοβών τόσο στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ όσο και σε αυτά με μαθησιακές δυσκολίες είναι μικρότερο (Hynd et al., 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Διαφορές στο μέγεθος ορισμένων περιοχών του εγκεφάλου των παιδιών με ΔΕΠ-Υ διαπιστώθηκαν και σε άλλες πρόσφατες έρευνες (Semurud-Cliekeman et al., 1994· Filipek, 1999 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Φαίνεται λοιπόν, ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται πράγματι με ανωμαλίες στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, κυρίως στις προμετωπιαίες περιοχές και ότι αυτές οι ανωμαλίες πρέπει να προέκυψαν κατά την εμβρυϊκή περίοδο. Άλλωστε το πρόσθιο μέρος του εγκεφάλου είναι το τμήμα εκείνο όπου «πραγματοποιούνται ο σχεδιασμός της ακολουθίας των πράξεων, ο έλεγχος των παρορμήσεων, η εκτίμηση του χρόνου αλλά και οι πολύπλοκες σύνθετες σκέψεις που ανατρέχουν στα περιεχόμενα της μνήμης πριν την εκτέλεση μιας πράξης. Αν αυτή η περιοχή έχει υποστεί βλάβη, ο εγκέφαλος δεν μπορεί να σταματήσει τις «αυθόρμητες» αντιδράσεις στα προσλαμβανόμενα ερεθίσματα» (Neuhaus, 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Επομένως, τα ευρήματα της νευροψυχολογίας συμφωνούν με τις σύγχρονες απόψεις ότι η ουσιαστική δυσκολία των

ατόμων με ΔΕΠ-Υ βρίσκεται στη ρύθμιση της συμπεριφοράς με βάση κανόνες και στην αναστολή των παρορμητικών αντιδράσεων.

Παρ' όλα αυτά θα πρέπει να σημειωθεί πως τα εν λόγω ερευνητικά δεδομένα δεν αποτελούν για την ώρα αποδείξεις και ότι τα συμπεράσματά τους μπορούν να γενικευθούν δύσκολα, επειδή το μέγεθος του δείγματος το οποίο χρησιμοποιήθηκε ήταν μικρό. Πρέπει να παρατηρηθεί επίσης πως ότι σε καμία από τις πρόσφατες μελέτες που στηρίχθηκαν σε νευροαπεικονιστικές τεχνικές δεν διαπιστώθηκε βλάβη στη δομή του εγκεφάλου των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, διαπιστώθηκε μόνο ότι οι περιοχές που έχουν βρεθεί να σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ έχουν μικρότερο μέγεθος από το κανονικό. Τα ευρήματα αυτά φαίνεται να συμφωνούν με παλαιότερες διαπιστώσεις, σύμφωνα με τις οποίες η εγκεφαλική βλάβη είναι πιθανό να ευθύνεται για το 5% περίπου των περιπτώσεων υπερκινητικότητας (Rutter, 1977, 1983 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Οι διαφορές που εντοπίστηκαν σε ορισμένες περιπτώσεις στη δομή του εγκεφάλου αποδίδονται και σε ανωμαλίες της ανάπτυξης στις συγκεκριμένες περιοχές. Τα αίτια αυτών των ανωμαλιών δεν είναι γνωστά, φαίνεται όμως ότι υπόκεινται σε γενετικό έλεγχο. Σύμφωνα με τα ευρήματα που υπάρχουν μέχρι σήμερα, φαίνεται ότι τα γονίδια ελέγχουν κατά ένα μεγάλο μέρος την αναπτυξιακή δομή του εγκεφάλου.

4.1.3. Γενετικοί Παράγοντες

Όσο αφορά αυτό το θέμα της έρευνας, φαίνεται να παρουσιάζει όλο και μεγαλύτερο ενδιαφέρον από τους ειδικούς εφόσον είναι πολύ υποσχόμενο. Οι γενετικές μελέτες έχουν δείξει ότι οι γονείς με παιδιά που πάσχουν από υπερκινητικότητα παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αλκοολισμού, ψυχοπαθολογίας, υστερίας και κατάθλιψης από τους γονείς «φυσιολογικών» παιδιών (Barkley, 1982). Επίσης, οι περισσότερες ερευνητικές μαρτυρίες υποστηρίζουν την υπόθεση ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με κληρονομικούς παράγοντες. Ωστόσο, δεν έχουν βρεθεί ακόμη αποδείξεις για ανωμαλίες στη δομή των χρωμοσωμάτων των ατόμων με ΔΕΠ-Υ, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των παιδιών με σύνδρομο Down. Τα παιδιά με χρωμοσωμικές ανωμαλίες όμως μπορεί να παρουσιάσουν περισσότερα προβλήματα προσοχής σε

σύγκριση με τα «φυσιολογικά» παιδιά (Zelazo & Stack, 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Οι μελέτες που πραγματοποιήθηκαν σε συγγενείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ έδειξαν πως οι πρώτοι παρουσιάζουν συχνά διαταραχές διαγωγής, κατάθλιψη και κατάχρηση ουσιών. Υπάρχουν ενδείξεις πως το 30% των συγγενών των υπερκινητικών παιδιών παρουσιάζουν αυτά τα προβλήματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Barkley, 1982). Ακόμη και οι στενοί συγγενείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν την ίδια διαταραχή σε ποσοστό 10-35% (Pauls, 1991· Biederman et al., 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Πιο πρόσφατες έρευνες έδειξαν ότι στην περίπτωση που ο ένας γονέας παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ η πιθανότητα να παρουσιάσει το παιδί του την ίδια διαταραχή φτάνει στο 57% (Biederman et al., 1995a παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Κάποιες σύγχρονες έρευνες στράφηκαν στη μελέτη των νευροδιαβιβαστών ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη ως πιθανών υπεύθυνων για τη μετάδοση της διαταραχής. Σύμφωνα με τους ερευνητές Johansen και των συνεργατών του (2002), η δυσλειτουργία στο ντοπαμινεργικό σύστημα παίζει ένα σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Με λίγα λόγια τα επίπεδα ντοπαμίνης στον οργανισμό στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι μειωμένα σε σχέση με τα «φυσιολογικά» παιδιά (Johansen et al., 2002).

Δεδομένου, ότι οι συγκεκριμένοι νευροδιαβιβαστές λειτουργούν στις περιοχές του εγκεφάλου που έχουν θεωρηθεί προβληματικές, η υπόθεση αυτή συνδέει τα νευροανατομικά με τα νευροχημικά ευρήματα που έχουν οι ειδικοί στα χέρια τους μέχρι σήμερα (Anastasopoulos & Barkley, 1988 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ένα μοντέλο σύνθεσης των νευροχημικών και νευροανατομικών ερευνών προτείνεται από την Patricia Quinn (1995), η οποία υποστηρίζει ότι στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ φαίνεται πως οι νευροδιαβιβαστές ντοπαμίνη και νοραδρεναλίνη δρουν ανασταλτικά στην παραγωγή, την κατανάλωση και τη ρύθμιση άλλων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων στον εγκέφαλο, όπως επίσης στη λειτουργία και ωρίμανση συγκεκριμένων εγκεφαλικών περιοχών του πρόσθιου εγκεφάλου την (Quinn, 1995 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η επίδραση της κληρονομικότητας στη εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ φαίνεται να επιβεβαιώνεται και στις έρευνες με υιοθετημένα παιδιά. Στις περιπτώσεις αυτές τα επίπεδα υπερκινητικότητας των παιδιών έμοιαζαν περισσότερο με αυτά των βιολογικών παρά των θετών γονέων τους (Pauls, 1991 παραπομπή Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σε ανάλογα αποτελέσματα κατέληξαν έρευνες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν σε πληθυσμούς διδύμων. Ο ερευνητής Stevenson (1994), συνοψίζοντας τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών, διαπιστώνει ότι η επίδραση της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ είναι κατά μέσο όρο .80. Ο ίδιος ο ερευνητής παρατηρεί ότι η κληρονομικότητα ασκεί μεγαλύτερη επίδραση όσο στενότερη είναι η συγγένεια και όσο σοβαρότερη είναι η μορφή με την οποία εκδηλώνονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. (Stevenson, 1994 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Οι μελέτες σε διδύμους έχουν επίσης συμβάλει σημαντικά στη κατανόηση της επίδρασης του περιβάλλοντος στην εκδήλωση και εξέλιξη της ΔΕΠ-Υ. Οι έρευνες οι οποίες έγιναν μέχρι σήμερα με περιπτώσεις διδύμων έχουν καταδείξει την πολύ μικρή και ανύπαρκτη επίδραση του περιβάλλοντος στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ. Η κοινωνική τάξη, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα των γονέων, η διατροφή και τα χαρακτηριστικά των μεθόδων διαπαιδαγώγησης σε μια οικογένεια μπορεί να επηρεάζουν τις ατομικές διαφορές οι οποίες σχετίζονται με συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε ποσοστό μόνο 0-6% (Levy et al., 1997· Sherman et al., 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Εκτός από τις κοινές εμπειρίες και τα ερεθίσματα που έχουν τα παιδιά που μεγαλώνουν στο ίδιο περιβάλλον, υπάρχουν και μοναδικές εμπειρίες τις οποίες μπορεί να βιώνει το κάθε παιδί ξεχωριστά. Οι μελέτες που έγιναν σε διδύμους φανερώνουν ότι αυτά τα μοναδικά βιώματα των παιδιών επηρεάζουν σε ποσοστό 9-20% περίπου την εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Levy et al., 1997· Sherman et al., 1997 παραπομπή Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Γι' αυτό αν οι ερευνητές ενδιαφέρονται να διερευνήσουν τις περιβαλλοντικές επιδράσεις στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ, οι μελέτες των διδύμων δείχνουν ότι το ενδιαφέρον δεν πρέπει να εστιασθεί στις κοινές εμπειρίες που μοιράζονται τα παιδιά στην οικογένειά τους, αλλά στις μοναδικές εμπειρίες τις οποίες βιώνουν στο περιβάλλον τους.

4.1.4. Περιβαλλοντικοί Παράγοντες

Πρόσφατα, μια ποικιλία από τοξικές και αλλεργιογόνες ουσίες είναι το θέμα προς συζήτηση από τους ειδικούς για τη συμβολή τους στην υπερκινητικότητα. Κύρια αιτία όλων αυτών είναι οι πρόσθετες ουσίες τροφίμων και οι καθαρισμένες ζάχαρες, όπως προτείνονται από τους Benjamin Feingold (1976) και Lendon Smith (1975). Μια παρόμοια έρευνα του Eric Taylor (1980) και του Connors (1980), με τους δύο να μελετούν τις επιδράσεις των πρόσθετων ουσιών στα τρόφιμα, δεν έδειξε ένα ισχυρό ποσοστό παιδιών να παρουσιάζουν προβλήματα υπερκινητικότητας, αλλά παιδιά 6 ετών και κάτω παρουσίαζαν κάποια από τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Ο ρόλος των τροφών όπως είναι το γάλα, η σοκολάτα και τα «έτοιμα» φαγητά τα οποία μπορεί να παίζουν ρόλο στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ δεν έχουν παρουσιάσει ιδιαίτερο ενδιαφέρον από τους ερευνητές (Connors, 1980· Feingold, 1976· Smith, 1975· Taylor, 1980· παραπομπή στο Barkley, 1982).

Επίσης, μεγάλο ενδιαφέρον από τους ερευνητές παρουσιάζει η πιθανότητα τα παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠ-Υ να είναι θύματα διαιτητικής διατροφής. Μερικοί ερευνητές υποστηρίζουν πως τα «κίτρινα» φαγητά και οι χρωματικές ουσίες που εμπεριέχονται σε αυτά, φαίνεται να επηρεάζουν τα παιδιά κάνοντάς τα υπερκινητικά, αλλά και αυτά που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ να είναι σε μεγάλο βαθμό υπερκινητικά. Επειδή κάποια γλυκά είναι πιθανό να επηρεάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, πρέπει οι γονείς να τις απομακρύνουν από τα παιδιά τους αν βέβαια έχουν επιβεβαιωθεί και από κάποιον ειδικό (Munden & Arcelus, 1999).

Ένα μεγάλο ποσοστό ερευνών επίσης, υποστηρίζει ότι και η τοξικότητα του οργανισμού από διάφορες περιβαλλοντικές ουσίες μπορούν να καταστούν υπεύθυνες για τη υπερκινητικότητα. Πιο συγκεκριμένα πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι το 30% με 35% των παιδιών που παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα μολύβδου στο αίμα τους είναι υπερκινητικά. Αυτό δεν σημαίνει όμως ότι τα υψηλά επίπεδα μολύβδου είναι η αιτία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Είναι αξιοσημείωτο να επισημανθεί πως οικογένειες με χαμηλό εισόδημα είναι πιθανότερο να έχουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ ως αποτέλεσμα μιας ποικιλίας παραγόντων, παρά από τη τοξικότητα κάποιων ουσιών.

Στα μέσα του 1970, παρουσιάστηκε μια καινούργια θεώρηση όσο αφορά την υπερκινητικότητα η οποία αναφέρει ότι υπάρχει πιθανότητα οι ακτίνες X που εκπέμπονται από τα φώτα του σχολείου τα οποία έχουν φθαρεί, να συμβάλλουν στην εμφάνιση της υπερκινητικότητας μέσα στην τάξη. Παιδιά τα οποία κάνουν μάθημα σε μη προστατευμένες αίθουσες είναι περισσότερο ανήσυχα και παρορμητικά από τα παιδιά σε προστατευμένες αίθουσες. Παρ' όλα αυτά υπάρχει μια ελεγχόμενη προσπάθεια αυτά τα αποτελέσματα να μην γενικεύονται εφόσον δεν έχουν τεκμηριωθεί πλήρως (Barkley, 1982).

Οι τοξικές επιδράσεις των ηρεμιστικών, τα οποία τα παιδιά αντικαθιστούν με σπασμολυτικά, φαίνεται να επιδρούν αρνητικά στα παιδιά αυτά κάνοντας τα περισσότερο ανεξέλεγκτα. Μια σχετική έρευνα έδειξε πως το 30% και άνω των παιδιών τα οποία αντικατέστησαν αυτά τα φάρμακα έγιναν υπερκινητικά, με τα συμπτώματα αυτά να μειώνονται όταν η χορήγηση αυτή των φαρμάκων σταματούσε. Είναι σημαντικό αυτά τα ευρήματα να επανεξεταστούν με τις ψυχοφυσιολογικές μελέτες των υπερκινητικών παιδιών, όπου η ευερεθιστότητα του νευρικού συστήματος τους είναι μικρή.

Με όσα ειπωθήκανε πιο πάνω, το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης παρουσιάζει σημαντική σχέση με την εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά κυρίως μέχρι τα 5 χρόνια ζωής τους. Μητέρες υπερκινητικών παιδιών συνήθως κάπνιζαν περισσότερα τσιγάρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους από ότι μητέρες «φυσιολογικών» παιδιών. Είναι σημαντικό να σημειωθεί πως οι επιβλαβείς επιδράσεις του καπνίσματος επηρεάζουν την εμβρυϊκή ανάπτυξη σε βαθμό που το παιδί μπορεί να αναπτύξει ακόμη και ΔΕΠ-Υ στη παιδική του ηλικία. Επίσης αυτές οι μητέρες που καπνίζουν κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τείνουν να παρουσιάζουν περισσότερες αγχώδεις διαταραχές και άλλα συναισθηματικά προβλήματα από άλλες μητέρες (Barkley, 1982).

Μια παρόμοια σχέση υπάρχει με την κατανάλωση αλκοόλ από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την παρουσία συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Μια σχετική έρευνα υποστηρίζει ότι 15 από 87 μητέρες υπερκινητικών παιδιών ανέφεραν να καταναλώνουν αλκοόλ κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης τους (Barkley, 1982). Φυσικά χωρίς το ψυχιατρικό ιστορικό των γονέων δεν μπορεί να βγει κανένα ικανοποιητικό

συμπέρασμα και όπως είναι φανερό η εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, είναι ένα αμφιλεγόμενο ζήτημα το οποίο οι ερευνητές μελετούν έχοντας υπόψη πολλούς παράγοντες που μπορεί να ευθύνονται, όπως είναι οι περιβαλλοντικοί θόρυβοι, ο υπερκαταναλωτισμός που επηρεάζει αρνητικά κυρίως τα παιδιά και η έλλειψη κινήτρων (Barkley, 1982· Κυπριωτάκη, 2004).

Θα πρέπει, όμως να επισημανθεί ότι τόσο το οικογενειακό όσο και το σχολικό περιβάλλον διαδραματίζουν καθοριστικό ρόλο στην πορεία εξέλιξης των δυσκολιών του παιδιού με ΔΕΠ-Υ. Συνεπώς αν και ο ρόλος των περιβαλλοντικών παραγόντων σε ότι αφορά τα πρωτογενή αίτια της ΔΕΠ-Υ είναι περιορισμένος, οι παράγοντες αυτοί σίγουρα σχετίζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό με την έκβασή της (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

4.1.5. Ψυχοκοινωνικοί Παράγοντες

Οι προσπάθειες οι οποίες επικεντρώθηκαν αποκλειστικά στην αναζήτηση της αιτιολογίας της ΔΕΠ-Υ στο περιβάλλον του παιδιού ήταν ελάχιστες και μάλιστα δεν έτυχαν ιδιαίτερης αποδοχής και στήριξης. Όπως υποστήριξαν οι Willis και Lonaas (1977), «η υπερκινητικότητα των παιδιών εμφανίζεται όταν οι ίδιοι οι γονείς δεν μπορούν να χειριστούν σωστά την συμπεριφορά των παιδιών τους» (Willis & Lonaas, 1977 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ωστόσο, η άποψη αυτή δεν απαντά σε βασικά ερωτήματα τα οποία αφορούν τα συμπτώματα, τις συγκεκριμένες δυσκολίες και τα ελλείμματα όπως αυτά περιγράφονται στις περιπτώσεις παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Επίσης, σε αρκετές από τις μελέτες δεν χρησιμοποιούνται κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση του προβλήματος αλλά διάφορες κλίμακες υπερκινητικότητας με βάση τις οποίες επιχειρείται η κατηγοριοποίηση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Danforth et al., 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Οι εν λόγω μελέτες θα μπορούσαν βεβαίως να υποστηριχθούν από τα ευρήματα διαχρονικών ερευνών, τα οποία διαπίστωσαν συνάφεια ανάμεσα στις αρνητικές αλληλεπιδράσεις μητέρας-παιδιού κατά την προσχολική ηλικία και στη διατήρηση της υπερκινητικότητας κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία (Campbell, 1987· Fischer,

Barkley, 1990, Edelbrock & Smallish, 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ωστόσο, η συνάφεια αυτή δεν αποδεικνύει αιτιώδη σχέση ανάμεσα στις αλληλεπιδράσεις μητέρας-παιδιού και στην εμφάνιση της υπερκινητικότητας παρά μόνο μια συσχέτιση των αλληλεπιδράσεων αυτών με την επίμονη εκδήλωση των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας. Άλλωστε θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η επίμονη της υπερκινητικότητας και οι αρνητικές αντιδράσεις της μητέρας σχετίζονται με μία ενδιάμεση μεταβλητή, τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της υπερκινητικότητας, εφόσον διαχρονικές έρευνες επισημαίνουν ότι ο βαθμός σοβαρότητας της υπερκινητικότητας αποτελεί προγνωστικό παράγοντα για την επίμονη των συμπτωμάτων της (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990· Campbell & Ewing, 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η παραπάνω ερμηνεία υποστηρίζεται και από έρευνες που μελέτησαν την κατεύθυνση των επιδράσεων οι οποίες αναπτύσσονται κατά την επικοινωνία γονέα-παιδιού πριν και μετά από τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα υπερκινητικά παιδιά ήταν λιγότερο συνεργάσιμα και πιο αντιδραστικά από ότι τα άλλα παιδιά και ότι οι μητέρες τους ήταν περισσότερο αυστηρές και αυταρχικές σε σύγκριση με τις μητέρες των άλλων παιδιών. Παρ' όλα αυτά, η ποιότητα αυτών των συναλλαγών μεταξύ μητέρας και παιδιού βελτιωνόταν σημαντικά μετά τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων στα παιδιά (Humphries et al., 1978 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Τα διεγερτικά φάρμακα προκάλεσαν μείωση της υπερκινητικότητας και αύξηση της υπακοής και της συνεργατικότητας των παιδιών, ενώ παράλληλα οδήγησαν και στη μείωση των αρνητικών αντιδράσεων των μητέρων απέναντι στα παιδιά τους (Barkley et al., 1985· Danforth et al., 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τα αποτελέσματα αυτά οδηγούν στο συμπέρασμα ότι συχνά τα αρνητικά στοιχεία της συμπεριφοράς της μητέρας απέναντι στο παιδί με ΔΕΠ-Υ αποτελούν κατά κάποιο τρόπο απάντηση στη δύσκολη συμπεριφορά του (Barkley & Cunningham, 1979· Barkley et al., 1985 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Επομένως, η συμπεριφορά των γονέων απέναντι στο παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι μάλλον αποτέλεσμα της διαταραχής που

παρουσιάζει το παιδί και σε καμία περίπτωση δεν φαίνεται να υπάρχουν ενδείξεις ότι αυτή η συμπεριφορά είναι η αιτία για την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ.

Φυσικά, είναι πολύ πιθανό οι αντιδράσεις των γονέων απέναντι στο παιδί με ΔΕΠ-Υ να οδηγούν σε περισσότερες συγκρούσεις, να αυξάνουν την ένταση με την οποία εκδηλώνονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, ή ακόμη να οδηγούν στην εμφάνιση δευτερογενών προβλημάτων στη βάση της ΔΕΠ-Υ. Έτσι, ενδέχεται, τουλάχιστον μερικώς, η εναντιωτική συμπεριφορά του παιδιού με ΔΕΠ-Υ να είναι το αποτέλεσμα της αντίδρασής του στη συμπεριφορά των γονέων του.

Ένας άλλος παράγοντας ο οποίος δεν λήφθηκε υπόψη στις παραπάνω θεωρίες είναι το ενδεχόμενο ύπαρξης ΔΕΠ-Υ και στους γονείς των υπεκρινητικών παιδιών, γεγονός το οποίο εξηγεί τις αρνητικές και ακατάλληλες αντιδράσεις τους στη συμπεριφορά των παιδιών τους.

Δεν υπάρχει λοιπόν καμία αμφιβολία ότι η βαρύτητα με την οποία εκδηλώνονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, τα δευτερογενή προβλήματα τα οποία συχνά παρουσιάζονται στην πορεία καθώς και η έκβαση της επηρεάζονται σε πολύ μεγάλο βαθμό από περιβαλλοντικούς παράγοντες, οι οποίοι ωστόσο δεν φαίνεται να σχετίζονται με τα εκλυτικά αίτια της διαταραχής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τέλος, το να είναι κανείς γονέας ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι πραγματικά εξουθενωτικό και δύσκολο και οι οικογένειες των παιδιών αυτών χρειάζονται πραγματικά βοήθεια από τους ειδικούς, για να είναι ικανοί να αντιμετωπίσουν τα συμπτώματα του παιδιού τους. Αυτές οι δυσκολίες θα παραμείνουν κατά τη διάρκεια της ζωής τους αν δεν υπάρξει σωστή αντιμετώπιση και η προσεκτική βελτίωση τους, η οποία είναι απαραίτητη για την καλύτερη ποιότητα ζωής της δικής τους, αλλά και των γονέων τους (Munden & Arcelus, 1999).

4.2. Θεωρητικές Προσεγγίσεις της ΔΕΠ-Υ

Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ είναι το αποτέλεσμα της ύπαρξης ελλείμματος στις γνωστικές διεργασίες που προσδιορίζουν τα κίνητρα της συμπεριφοράς. Συγκεκριμένα, θεωρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν μια αυξημένη ευαισθησία στην αμοιβή και μια μειωμένη ευαισθησία στην τιμωρία. Επομένως, έχουν ανάγκη από συνεχή κινητοποίηση με την παροχή αμοιβών, προκειμένου να διατηρούν την προσοχή και την προσπάθειά τους στις δραστηριότητες με τις οποίες ασχολούνται (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Ο ανθρώπινος εγκέφαλος αναπτύσσει και εξασκεί διαρκώς, στην πορεία της εξέλιξής του, την ικανότητα να επιλέγει ορισμένα ερεθίσματα και να απορρίπτει άλλα. Αυτό συμβαίνει και στους ενήλικες και στα παιδιά. Υπάρχουν γι' αυτό καθορισμένα κέντρα στο λιμβικό σύστημα του μέσο-εγκεφάλου, όπου ρυθμίζεται η επιλογή των ερεθισμάτων του περιβάλλοντος. Αυτή είναι μια από τις σημαντικότερες διαστάσεις της νόησης του ανθρώπου - η ικανότητά του δηλαδή, να προσαρμόζεται σε κάθε περιβάλλον και να επιβιώνει. Αυτή η ικανότητα βοηθάει στο να μπορούμε να επιλέγουμε και να διυλίζουμε τόσο τα οπτικά όσο και τα ακουστικά ή τα οσφρητικά ερεθίσματα και να αφήνουμε να εισέρχονται στη συνείδησή μας μόνο ορισμένα από αυτά.

Στα υπερκινητικά παιδιά αυτή η ικανότητα δεν έχει αναπτυχθεί κανονικά ή παρουσιάζεται ελάχιστα. Έτσι όλα τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος «εισβάλλουν» κυριολεκτικά στο συνειδητό του παιδιού και δεν αφήνουν την προσοχή του ούτε στιγμή σε «ησυχία». Σε όλα τα ασήμαντα για μας ερεθίσματα, το υπερκινητικό παιδί αντιδρά μονίμως με μια εσωτερική ανησυχία, η οποία εκφράζεται προς τα έξω με μια έντονη και συχνή υπερδραστηριότητα. Αυτή, εμποδίζει τη συγκέντρωση και προκαλεί νευρική κατάσταση, άγχος, ανησυχία και έλλειψη ηρεμίας. Αυτές οι καταστάσεις επιτείνουν την επιθετικότητα του παιδιού, το οδηγούν σε κρίσεις και βίαια ξεσπάσματα οργής και διαταραχή της συμπεριφοράς. Ωστόσο, η ερμηνεία αυτή για τη συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχει θεωρηθεί ως ανεπαρκής για την κατανόηση του ευρέως φάσματος των δυσκολιών που αντιμετωπίζουν αυτά τα παιδιά (Μάρκου, 1994· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Αν και η υπερκινητικότητα αποδείχθηκε ότι έχει νευροφυσιολογική βάση ως διαταραχή, δεν σημαίνει ότι δεν μπορεί να εξηγηθεί και με τις συμπεριφοριστικές θεωρίες και ερμηνείες, εφόσον τα συμπτώματά της είναι συνδεδεμένα με τη συμπεριφορά και τις ενέργειες του ατόμου. Ο Skinner υποστήριζε ότι η προσοχή δεν είναι από μόνη της μια συμπεριφορά ή μια δραστηριότητα του ατόμου, αλλά μια σχέση ενός χαρακτηριστικού ερεθίσματος και μιας επιθυμητής ανταπόκρισης στο συγκεκριμένο ερέθισμα. Σύμφωνα με τον Skinner, η διάρκεια χρόνου μεταξύ της παρουσίασης ενός ερεθίσματος και μιας ενδεχόμενης ανταπόκρισης στο ερέθισμα αυτό από το παιδί, γενικά αναφέρεται ως «παρορμητικότητα», ειδικά όταν αυτή η ανταπόκριση δεν είναι επιθυμητή. Ο βαθμός στον οποίο ένα άλλο ερέθισμα παρουσιάζεται την ίδια ώρα με το προηγούμενο ερέθισμα και το παιδί ανταποκρίνεται σε αυτό, αυτό λέγεται «διάσπαση της προσοχής».

Επομένως, τα πιο χαρακτηριστικά προβλήματα των υπερκινητικών παιδιών δεν είναι απαραίτητα οι ανεπάρκειες στη συμπεριφορά τους αυτές καθ' αυτές, αλλά η λειτουργική σχέση μεταξύ του καθορισμένου ερεθίσματος και της ανταπόκρισης (που συνήθως πρέπει να είναι αποδεκτή από τη κοινωνία) (Barkley, 1982).

Μια άλλη προσέγγιση είναι το γεγονός ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν δυσκολίες που πηγάζουν από τη μειωμένη τους ικανότητα να αναστείλουν τις αυθόρμητες αντιδράσεις τους στα γεγονότα ή να σταματήσουν μια συμπεριφορά που άρχισε να εκδηλώνεται (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Σύμφωνα με τον Skinner το γεγονός της παρουσίας ή απουσίας του αυτοελέγχου προκύπτει, από τη σχέση των κανόνων που είναι εναντίον μιας απρόοπτης συμπεριφοράς. Επομένως, οι ανεπάρκειες στη συμμόρφωση, στον αυτοέλεγχο και στις δυσκολίες επίλυσης προβλημάτων στα υπερκινητικά παιδιά μπορεί να είναι το αποτέλεσμα των ελλειμμάτων σε κάποιες πτυχές των «αναμενόμενων» συμπεριφορών που απαιτούνται από την κοινωνία, δηλαδή οι συμπεριφορές που είναι κοινά αποδεκτές.

Παρ' όλα αυτά τα προβλήματα αυτοελέγχου μπορεί να προκύπτουν από περιβαλλοντικά αίτια, όπως είναι η φτωχή εκπαίδευση ή από νευρολογικά αίτια, όπως είναι η μειωμένη ανάπτυξη του μετωπιαίου λοβού που συνήθως παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Barkley, 1982).

Σύμφωνα με τον Barkley (1997b), η μειωμένη ικανότητα αναστολής της συμπεριφοράς σχετίζεται με ελλείμματα σε πέντε γνωστικούς μηχανισμούς εκτελεστικού

ελέγχου οι οποίοι είναι: η μνήμη εργασίας, η εσωτερίκευση του λόγου, η αυτοκαθοδήγηση, η αναλυτική και συνθετική ικανότητα και ο κινητικός έλεγχος. Ο ίδιος πρότεινε ένα θεωρητικό μοντέλο το οποίο βασίζεται σε αυτούς τους παράγοντες. Η θεωρία αυτή ενσωματώνει στοιχεία από προηγούμενες θεωρητικές προσεγγίσεις σε ένα ενιαίο μοντέλο και συμφωνεί με τα ευρήματα της επιστήμης της Νευροψυχολογίας. (Barkley, 1997b παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Μια άλλη προσέγγιση είναι αυτή που θεωρεί τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ως αποτέλεσμα της υποδιέγερσης του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Zentall, 1985 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, η Υπερκινητική συμπεριφορά είναι ένα είδος αυτοδιέγερσης, η οποία βοηθά το παιδί να διατηρείται σε εγρήγορση. Αν και αυτή η προσέγγιση έτυχε κάποιας στήριξης, θεωρήθηκε ωστόσο και αυτή ανεπαρκής για τη πλήρη αιτιολόγηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ.

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ έχουν επίσης θεωρηθεί ως το αποτέλεσμα ελλείμματος στην ικανότητα για αυτοκαθοδήγηση, στη χρήση δηλαδή της σκέψης και του λόγου για τον καθορισμό της συμπεριφοράς (Berk & Potts, 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την αναζήτηση συχνών αμοιβών και την μειωμένη ικανότητα διατήρησης της προσπάθειας. Συγκεκριμένα, έχει υποστηριχθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν χρησιμοποιούν αποτελεσματικά τον εσωτερικευμένο λόγο προκειμένου να ρυθμίσουν την συμπεριφορά τους. Η καθυστέρηση της ανάπτυξης του λόγου που παρουσιάζουν είναι αποτέλεσμα της πιο πάνω άποψης. Ωστόσο, σε πολλά παιδιά ορισμένα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ είναι εμφανή προτού ακόμα αναπτυχθεί ο λόγος. Επομένως, δεν μπορεί να υπάρξει άμεση αιτιώδης σχέση μεταξύ ελλείμματος στην αυτοκαθοδήγηση και των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

4.3. Σύγχρονες κατευθύνσεις της έρευνας

Τα τελευταία δέκα περίπου χρόνια, το ερευνητικό ενδιαφέρον αυξήθηκε πιο πολύ για τη βιολογική φύση των συμπτωμάτων της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής. Οι Peled και οι συνεργάτες του (1997), σε μία έρευνά τους πρότειναν ένα μοντέλο το οποίο βασίζεται στις αρχές του συστήματος ελέγχου του οργανισμού. Αυτό το μοντέλο τονίζει την ύπαρξη αντισταθμιστικών παραγόντων οι οποίοι υιοθετούνται από τον οργανισμό, για να διορθώσουν την εσωτερική υπερδραστηριότητα και τις ομοιοστατικές δυσλειτουργίες, που καταλήγουν στη δυσλειτουργία του υποθαλάμου. Ο υποθάλαμος είναι υπεύθυνος για τις λειτουργίες που αφορούν ψυχολογικούς, βιοχημικούς και συμπεριφοριστικούς παράγοντες. Με λίγα λόγια η λειτουργία του υποθαλάμου αφορά πολλές δραστηριότητες τις οποίες πρέπει να εκτελέσει ο οργανισμός. Οι απόψεις των ερευνητών όσο αφορά το μοντέλο αυτό, έγκειται στο γεγονός ότι τα υπερκινητικά παιδιά παρουσιάζουν χρόνια υπερευαισθησία και μειωμένη δραστηριότητα του βιοχημικού και ψυχολογικού τους συστήματος. Επίσης, τα υπερκινητικά παιδιά υποφέρουν από δυσλειτουργίες στο υποθαλαμικό σύστημα, οι οποίες βασίζονται στην προγεννητική ή μετά τον τοκετό έκθεση του εμβρύου σε στρεσογόνους παράγοντες.

Οι ερευνητές της εν λόγω έρευνας κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το κεντρικό νευρικό σύστημα το οποίο είναι συνδεδεμένο με τον υποθάλαμο στα υπερκινητικά παιδιά, παρουσιάζει κάποιες δυσλειτουργίες με αποτέλεσμα την απώλεια ελέγχου τους. Έχοντας υπόψη μας, ότι τα υπερκινητικά παιδιά υπερφορτώνονται συνεχώς από διάφορα ερεθίσματα, τους είναι δύσκολο να τα ελέγξουν. Αυτό συμβαίνει γιατί, η υποθαλαμική δυσλειτουργία προκαλεί μειωμένη ικανότητα στην επικοινωνία του ενδοκρινικού με το αυτόνομο νευρικό σύστημα. Επομένως, αυτή η δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος έχει ως αποτέλεσμα την υπερευαισθησία του, η οποία προκαλεί ένα ρυθμό από αλλαγές. Οι αλλαγές αυτές έχουν σχέση με τις αντιδράσεις άγχους, που αυτές με τη σειρά τους επηρεάζουν τα διεγερτικά επίπεδα του ενδοκρινικού συστήματος, συνεχίζοντας έτσι ένα φαύλο κύκλο και μια ανισορροπία στη σχέση του οργανισμού με τα εξωτερικά ερεθίσματα.

Τέλος, το ενδιαφέρον αυτού του μοντέλου είναι το ότι υποστηρίζει τα βιοχημικά, γνωστικά, ψυχολογικά και συμπεριφοριστικά ευρήματα και προτείνει περαιτέρω έρευνες.

Επίσης, εξετάζει σημαντικές πτυχές του εν λόγω συνδρόμου και επεξηγεί τις δυναμικές που αφορούν το φαινόμενο αυτό (Peled et al., 1997).

Όσο αφορά τις γενετικές έρευνες που επικεντρώνονται στην ανάλυση του DNA των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των βιολογικών συγγενών τους δεν έχουν ακόμη καταλήξει σε ικανοποιητικά αποτελέσματα, φαίνεται ωστόσο ότι είναι ιδιαίτερα ελπιδοφόρες. Κάποιες σύγχρονες έρευνες στράφηκαν και στην μελέτη των νευροδιαβιβαστών ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη ως πιθανών υπεύθυνων για τη μετάδοση της διαταραχής (Cook et al., 1995· Swanson et al., 2000 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Μάλιστα, δεδομένου ότι οι συγκεκριμένοι νευροδιαβιβαστές λειτουργούν στις περιοχές του εγκεφάλου που έχουν θεωρηθεί προβληματικές, η υπόθεση αυτή συνδέει τα νευροανατομικά με τα νευροχημικά ευρήματα των ερευνητών (Anastopoulos & Barkley, 1988 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Σε μία έρευνα των Kahn και των συνεργατών του (2003), μελετήθηκε η επίδραση που μπορεί να έχει ο πολυμορφισμός της ντοπαμίνης και το κάπνισμα της μητέρας κατά την διάρκεια της εγκυμοσύνης στα παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ. Η έρευνα αφορούσε 161 παιδιά από 6 μέχρι 60 μηνών, τα οποία πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για τη ΔΕΠ-Υ. Τα στοιχεία συλλέχθηκαν από ερωτηματολόγια που δόθηκαν στους γονείς και συγκεκριμένα από τη Conners Parent Rating Scale Revised-Long Version (CPRS:L). Αυτή η κλίμακα ανταποκρίνεται σε γονείς με παιδιά μέχρι 60 μηνών και περιέχει 9 κλίμακες που αντανakλούν τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV.

Τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας έδειξαν πως το κάπνισμα κατά της διάρκειας της εγκυμοσύνης τροποποιεί τα γονίδια στα παιδιά. Πιο συγκεκριμένα, φάνηκε ότι ο πολυμορφισμός στις ντοπαμινεργικές συνάψεις έχει άμεση σχέση με το κάπνισμα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης και την εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά. Με λίγα λόγια τα παιδιά που έχουν εκτεθεί ως έμβρυα στο κάπνισμα είναι πιθανό να αλλάξει ο πολυμορφισμός των νευροδιαβιβαστών τους και να αναπτύξουν υπερκινητικότητα και παρόμοιες συμπεριφορές. Παρ' όλα αυτά οι συνέπειες αυτές δεν είναι απαραίτητο να επισυμβαίνουν πάντοτε σε όλες τις καταστάσεις.

Τέλος, η έρευνα αυτή εστίασε στην πολυπαραγοντική φύση της ΔΕΠ-Υ και επισημαίνει ότι και περιβαλλοντικοί αλλά και γενετικοί παράγοντες είναι πιθανόν να είναι υπεύθυνοι για τη διαταραχή αυτήν (Kahn et al., 2003).

Σε μια ακόμη μελέτη των Weiss και των συνεργατών του το 1993, βρέθηκε πως, τα παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρουσιάζουν δυσλειτουργία στο θυρωειδικό τους σύστημα. Η έρευνα αφορούσε 277 παιδιά, τα οποία είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ τα προηγούμενα δύο χρόνια και η συλλογή των στοιχείων πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα της τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων. Από αυτά τα παιδιά, 14 παρουσίαζαν ανωμαλίες στη λειτουργία του θυρωειδή τους, ένα ποσοστό δηλαδή 5,4%.

Αν και τα ευρήματα αυτά δεν απαντώνται σε μεγάλο πληθυσμό παιδιών με ΔΕΠ-Υ, η έρευνα αυτή είναι αρκετά σημαντική και είναι πολύ πιθανό να έχει προβληματίσει πολλούς ερευνητές και ειδικούς κυρίως για τους λόγους για τους οποίους ένα παιδί μπορεί να παρουσιάσει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Επίσης, τα ευρήματα των ερευνητών αυτών υποστηρίζουν πως υπάρχει σχέση ανάμεσα στις δυσλειτουργίες του θυρωειδή και των γνωστικό-συμπεριφορικών εκδηλώσεων της ΔΕΠ-Υ (Weiss et al., 1993).

Έχοντας υπόψη τις σύγχρονες κατευθύνσεις της έρευνας αλλά και τις θεωρητικές προσεγγίσεις για την αιτιολογία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, θα έλεγε κανείς πως πολλά ερωτήματα και υποθέσεις είναι αμφιλεγόμενα. Κανείς δεν μπορεί να πει με σιγουριά για το ποια είναι η αιτία που μπορεί να προκαλέσει τη ΔΕΠ-Υ αλλά κανείς δεν μπορεί να αμφισβητήσει τις τεκμηριωμένες απόψεις των πιθανών αιτών από τους διάφορους ερευνητές. Όποιοι παράγοντες και να ευθύνονται νευρολογικοί, γενετικοί, περιβαλλοντικοί και ψυχοκοινωνικοί, θα πρέπει οι ειδικοί να είναι ευέλικτοι και «ανοιχτοί» σε όλες τις απόψεις και σκέψεις, να ακολουθούν πιστά τα τρέχοντα δρώμενα και να ακολουθούν πιστά τις γνώσεις και την εμπειρία τους. Θα ήταν αδύνατο να βρεθεί η κύρια αιτία για την συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ γιατί έτσι ο εντοπισμός της (ΔΕΠ-Υ) θα γινόταν καλύτερα, θα υπήρχε καλύτερη πρόληψη αλλά και αποτελεσματικότερη θεραπεία. Επομένως, αν και μέσα από τις κλινικές έρευνες φαίνεται να υπάρχουν διαφωνίες σχετικά με τη αιτιολογία των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, αυτές οι διαφωνίες είναι αυτές που βοήθησαν να εξελιχθούν κι άλλες απόψεις, σκέψεις και περαιτέρω κλινική έρευνα έχοντας τελικά ως αποτέλεσμα την εμφάνιση ποικιλίας παραγόντων οι οποίοι πιθανόν να αποτελούν τα αίτια της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ.

5. Η κλινική εικόνα και τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ

Τα κύρια χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η εκδήλωση συμπτωμάτων απροσεξίας, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας σε βαθμό δυσανάλογο με την ηλικία τους, με αποτέλεσμα να εμφανίζουν περιορισμένες ικανότητες για συγκέντρωση της προσοχής τους, αναστολή των παρορμήσεων τους και ρύθμιση της συμπεριφοράς τους (Barkley, 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ο τρόπος εκδήλωσης των συμπτωμάτων αυτών και η κλινική εικόνα που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επηρεάζονται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι το φύλο και η ηλικία του παιδιού, οι συνήθειες αντιδράσεις των γονέων στη συμπεριφορά του αλλά και οι συνθήκες μέσα από τις οποίες αυτά τα συμπτώματα εκδηλώνονται. Επομένως, η κλινική εικόνα δυο παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι πολύ διαφορετική και αντίστοιχη με την επίδραση των προαναφερθέντων παραγόντων. Επίσης, ανάλογα με τη βαρύτητα των συμπτωμάτων της απροσεξίας ή της παρορμητικότητας-υπερκινητικότητας η εικόνα αυτή ενδέχεται να διαφοροποιείται περισσότερο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως πολύ ανήσυχα και δυσκολεύονται να μείνουν για πολλή ώρα στο ίδιο σημείο. Είναι ακατάστατα, αδέξια και συχνά μπορεί να κάνουν ζημιές και να προκαλούν αναστάτωση στο περιβάλλον τους. Όταν οι περιστάσεις απαιτούν να κάνουν οικονομία στις κινήσεις τους, τα παιδιά αυτά αισθάνονται εξαιρετικά άβολα, στριφογυρίζουν στην καρέκλα τους και κινούν νευρικά χέρια και πόδια.

Η ανυπομονησία είναι επίσης ένα άλλο κύριο χαρακτηριστικό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Τα περισσότερα από αυτά δεν περιμένουν να ακούσουν μέχρι το τέλος τις οδηγίες που τους δίνονται προτού εκτελέσουν μια δραστηριότητα. Συχνά βιάζονται να απαντήσουν προτού ολοκληρωθεί η ερώτηση που τους απευθύνεται. Πολλές φορές επιδιώκουν να προσελκύσουν την προσοχή των άλλων με προκλητικό τρόπο. Φαίνεται επίσης, ότι αδιαφορούν για τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους και ότι δεν επηρεάζονται από τις προηγούμενες εμπειρίες τους.

Οι γονείς και οι δάσκαλοι αναφέρουν ότι τα παιδιά αυτά δίνουν συχνά την εντύπωση ότι είναι απρόσεκτα και αφηρημένα. Δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν για

πολλή ώρα σε μια δραστηριότητα και μεταπηδούν από τη μια ασχολία στην άλλη. Επίσης επαναλαμβάνουν συχνά τα ίδια λάθη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Ένα παράδειγμα παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι ο Μανώλης ο οποίος είναι 9 ετών, ένα πολύ ζωηρό παιδί το οποίο κινείται αδιάκοπα χωρίς να κουράζεται. Δυσκολεύεται ιδιαίτερα όταν είναι υποχρεωμένος να παραμείνει καθιστός για πολλή ώρα, όπως, για παράδειγμα, στη σχολική τάξη ή στο σπίτι την ώρα της μελέτης. Πρόκειται για ένα παιδί εξαιρετικά ανυπόμονο και παρορμητικό. Αρνείται να περιμένει τη σειρά του στα παιχνίδια, διακόπτει συχνά τους άλλους όταν μιλούν και στην τάξη πετάγεται χωρίς να του δοθεί ο λόγος. Πολλές φορές ενεργεί απερίσκεπτα. Στο σπίτι βαριέται γρήγορα τα παιχνίδια του και παρατάει γρήγορα αυτό που έχει ξεκινήσει προκειμένου να ασχοληθεί με κάτι άλλο, το οποίο θα βαρεθεί επίσης πολύ σύντομα.

Ο Μανώλης δίνει συχνά την εντύπωση ότι είναι απρόσεκτος και αφηρημένος. Οι γονείς του παραξενεύονται βλέποντας ότι ο Μανώλης δυσκολεύεται τόσο πολύ να συγκεντρωθεί όταν μελετά για το σχολείο, καταφέρνει όμως να συγκεντρώνεται πολύ εύκολα όταν ασχολείται με ηλεκτρονικό παιχνίδι που του έκαναν δώρο τα Χριστούγεννα. Εκπλήσσονται επίσης με τη δυνατότητα συγκέντρωσης του όταν του υπόσχονται κάποια αμοιβή για την ολοκλήρωση μιας δραστηριότητας. Όσον αφορά τη συμπεριφορά του, ο Μανώλης είναι πολλές φορές αγενής, απότομος και ανυπάκουος. Οι συνεχείς παρατηρήσεις και τιμωρίες φαίνεται να μην έχουν καμία επίδραση πάνω του. Συχνά λέει ψέματα και μερικές φορές γίνεται επιθετικός απέναντι στα άλλα παιδιά, τα οποία αποφεύγουν την παρέα του και δεν θέλουν να παίζουν μαζί του γιατί κάνει ζαβολιές και εκνευρίζεται πολύ εύκολα όταν χάνει. Γενικά, ο Μανώλης βρίσκεται πάντοτε στο επίκεντρο της προσοχής γιατί η συμπεριφορά του είναι προκλητική και ενοχλεί εξαιρετικά τους άλλους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

5.1. Τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με το DSM-IV

Στο DSM-IV (1994), το οποίο αποτελεί την τελευταία έκδοση του αμερικανικού διαγνωστικού εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών, η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα εντάσσεται μαζί με τη Διαταραχή Διαγωγής και την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή, στην κατηγορία «Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής Συμπεριφοράς» και στην ευρύτερη κατηγορία «Διαταραχές που συνήθως διαγιγνώσκονται για πρώτη φορά κατά την βρεφική, παιδική ή εφηβική ηλικία».

Προκειμένου να τεθεί η διάγνωση, ορίζεται ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ πρέπει να έχουν κάνει την πρώτη εμφάνισή τους πριν το 7^ο έτος της ηλικίας, να έχουν διάρκεια τουλάχιστον 6 μηνών, να μην αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό επίπεδο του ατόμου και να προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του σε δύο ή περισσότερα πλαίσια. Δίνονται δύο ομάδες κριτηρίων (απροσεξίας και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας) και ορίζεται ότι σε καθεμία από αυτές πρέπει να πληρούνται τουλάχιστον έξι από τα εννέα κριτήρια που παρουσιάζονται. Ανάλογα με τον αριθμό των κριτηρίων που πληρούνται για κάθε ομάδα, η διάγνωση μπορεί να είναι ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο, ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό τύπο, ή ΔΕΠ-Υ Συνδυασμένος Τύπος. Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά αυτά τα κριτήρια (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

A. Είτε το (1) είτε το (2):

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

Απροσεξία

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

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

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

- δ. Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να διεκπεραιώσει σχολικές εργασίες ή άλλα καθήκοντα που του αντιτίθενται στην τάξη ή στο σπίτι (χωρίς αυτό να οφείλεται σε εναντιωτική συμπεριφορά ή σε αποτυχία κατανόησης των οδηγιών).
- ε. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες.
- στ. Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή δείχνει απροθυμία να εμπλακεί σε έργα που απαιτούν σταθερή και διαρκή πνευματική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι).
- ζ. Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, σχολικές εργασίες που έχουν δοθεί για το σπίτι, μολύβια, βιβλία κ.λπ.).
- η. Συχνά η προσοχή του διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα.
- θ. Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες.

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

Υπερκινητικότητα

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

Παρορμητικότητα

- ζ. Συχνά απαντά απερίσκεπτα προτού ολοκληρωθεί η ερώτηση.
- η. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του/της.

θ. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του/της τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει απρόσκλητα σε συζητήσεις ή παιχνίδια).

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

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

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

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

Η κωδικοποίηση της διαταραχής γίνεται με βάση τους παρακάτω τύπους:

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

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

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

314. Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα Μη Προσδιοριζόμενη Αλλιώς: Σε αυτή την κατηγορία συγκαταλέγονται διαταραχές με προεξάρχοντα

συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, οι οποίες δεν πληρούν τα κριτήρια της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητα.

Σημείωση Κωδικοποίησης: Σε άτομα (ιδιαίτερα σε εφήβους και ενήλικες) τα οποία επί του παρόντος παρουσιάζουν συμπτώματα που δεν πληρούν πια τα κριτήρια θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί ο προσδιορισμός «Σε Μερική Ύφεση» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Πρέπει ωστόσο να παρατηρηθεί ότι τα τελευταία χρόνια πληθαίνει ο αριθμός των ερευνητικών δεδομένων που στηρίζουν την άποψη ότι η ΔΕΠ-Υ με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο δεν είναι μια πραγματική υποκατηγορία της ΔΕΠ-Υ αλλά μια ποιοτικά διαφορετική διαταραχή που θα έπρεπε να ταξινομείται διαφορετικά (Barkley, 1990· Goodyear & Hynd, 1992 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Τα παιδιά που λαμβάνουν αυτή τη διάγνωση φαίνεται να διαφέρουν από τα παιδιά με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο ή από τα παιδιά με Συνδυασμένο Τύπο ΔΕΠ-Υ τόσο ως προς την κλινική τους εικόνα όσο και ως προς τα συνοδά προβλήματα που αντιμετωπίζουν αλλά και ως προς την έκβαση της διαταραχής. Τα παιδιά αυτά περιγράφονται ως εξαιρετικά αφηρημένα, «ονειροπαρμένα», ντροπαλά, αγχώδη και πολλές φορές, κοινωνικά απομονωμένα. Η αντιδραστική και προκλητική συμπεριφορά που χαρακτηρίζει τα παιδιά που παρουσιάζουν τους δύο άλλους τύπους ΔΕΠ-Υ σπανίζει στα παιδιά με Προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο ενώ εμφανίζεται συχνότερα συννοσηρότητα με τις αγχώδεις διαταραχές ή τις διαταραχές της διάθεσης (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

5.2. Τα διαγνωστικά κριτήρια των Διαταραχών Υπερκινητικού Τύπου σύμφωνα με το ICD-10

Το διαγνωστικό εγχειρίδιο ICD-10 εντάσσει τις διαταραχές υπερκινητικού τύπου στην κατηγορία F90 «Διαταραχές της συμπεριφοράς και του συναισθήματος με έναρξη συνήθως κατά την παιδική και την εφηβική ηλικία» και τις κωδικοποιεί με βάση τέσσερις τύπους:

F90.0 Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής

F90.1 Διαταραχή της Διαγωγής υπερκινητικού τύπου

F90.8 Άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου

F90.9 Διαταραχή υπερκινητικού τύπου μη καθοριζόμενη

Τα διαγνωστικά κριτήρια των διαταραχών υπερκινητικού τύπου στο ICD-10 δεν παρουσιάζονται σε κατηγορίες, όπως στο DSM-IV, ούτε καθορίζεται ορισμένος αριθμός κριτηρίων τα οποία πρέπει να πληρούνται προκειμένου να τεθεί η διάγνωση. Αντίθετα, δίνεται μια λεπτομερής περιγραφή των χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς των παιδιών με αυτού του τύπου τις διαταραχές, ενώ την ίδια στιγμή παρέχονται πληροφορίες τόσο για τα δευτερογενή χαρακτηριστικά τους όσο και για θέματα διαφορικής διάγνωσης.

Σύμφωνα με το ICD-10, τα πρωτεύοντα χαρακτηριστικά του συνδρόμου είναι η ελλειμματική προσοχή και η υπερδραστηριότητα. Προκειμένου να τεθεί η διάγνωση, ορίζεται ότι πρέπει να υπάρχουν δύο χαρακτηριστικά του συνδρόμου, να έχουν κάνει την πρώτη εμφάνισή τους πριν το 6^ο έτος της ηλικίας, να διαρκούν επί μακρόν, να μην αντιστοιχούν στην ηλικία και στο δείκτη νοημοσύνης του παιδιού και να είναι εμφανή σε περισσότερες από μια καταστάσεις (π.χ. στο σπίτι, στο σχολείο, στο χώρο του ιατρείου).

Η διάγνωση προϋποθέτει τον αποκλεισμό της ύπαρξης διαταραχών άγχους, συναισθηματικών διαταραχών, διάχυτων διαταραχών της ανάπτυξης ή σχιζοφρένειας. Τονίζεται επίσης ότι τα συμπτώματα αυτά επιμένουν με την πάροδο του χρόνου, αν και πολλά από τα άτομα με υπερκινητικού τύπου διαταραχές παρουσιάζουν βαθμιαία βελτίωση στη δραστηριότητα και την προσοχή.

Η ελλειμματική προσοχή εκδηλώνεται με την πρόωρη εγκατάλειψη των ασχολιών. Τα παιδιά περνούν γρήγορα από τη μια δραστηριότητα στην άλλη και δείχνουν να χάνουν εύκολα το ενδιαφέρον τους για κάποια ασχολία επειδή προσελκύονται από μία άλλη (αν και γενικά οι εργαστηριακές μελέτες δεν έχουν δείξει ασυνήθιστο βαθμό αισθητηριακής ή αντιληπτικής διάσπασης της προσοχής).

Η υπερδραστηριότητα συνεπάγεται υπερβολική ανησυχία, ειδικά σε καταστάσεις που απαιτούν σχετική ηρεμία. Ενδέχεται ανάλογα με την κατάσταση, το παιδί να σηκώνεται από το κάθισμα του, να τρέχει και να χοροπηδάει τριγύρω τη στιγμή που θα έπρεπε να παραμείνει στη θέση του. Επίσης, ενδέχεται να φλυαρεί, να θορυβεί, να είναι νευρικό και να κινείται συνεχώς. Το βασικό κριτήριο είναι η υπερβολική δραστηριότητα σε συνάρτηση με τις εκάστοτε συνθήκες και σε σύγκριση με άλλα παιδιά που έχουν την ίδια ηλικία και τον δείκτη νοημοσύνης. Αυτό το χαρακτηριστικό της συμπεριφοράς είναι εμφανέστερο σε δομημένες, οργανωμένες συνθήκες, στις οποίες απαιτείται μεγάλου βαθμού έλεγχος της συμπεριφοράς.

Πολλές άλλες δυσκολίες ενδέχεται να σχετίζονται με αυτές τις διαταραχές. Συχνά, τα υπερκινητικά παιδιά δείχνουν απρόσεκτα και παρορμητικά, είναι επιρρεπή στα ατυχήματα και τιμωρούνται, επειδή παραβαίνουν μάλλον απερίσκεπτα τους κανόνες (χωρίς να τους αψηφούν εκ προθέσεως). Η παρορμητική τους περιφρόνηση για τους κοινωνικούς κανόνες εκδηλώνεται με την παρενόχληση άλλων προσώπων, με την διακοπή των δραστηριοτήτων τους, με βιαστικές απαντήσεις σε ανολοκλήρωτες ερωτήσεις ή με τη δυσκολία αναμονής της σειράς τους. Συχνά, οι σχέσεις τους με τους ενήλικες χαρακτηρίζονται από έλλειψη κοινωνικών αναστολών και απουσία τυπικότητας και συστολής. Εξάλλου δεν είναι αγαπητά ούτε στα παιδιά και αυτό μπορεί να τα οδηγήσει στην απομόνωση. Συχνά παρουσιάζουν διαταραχές στις γνωστικές λειτουργίες, ενώ δυσανάλογα συχνές είναι και οι ειδικές καθυστερήσεις στην κινητική και τη γλωσσική τους ανάπτυξη. Στις δευτερογενείς επιπλοκές περιλαμβάνονται η αντικοινωνική συμπεριφορά και η μειωμένη αυτοεκτίμηση. Διαταραχές της μάθησης και αδεξιότητα των κινήσεων παρουσιάζονται συχνότατα και όταν συμβαίνει κάτι τέτοιο, πρέπει να ταξινομούνται χωριστά.

Τα χαρακτηριστικά προβλήματα της συμπεριφοράς εμφανίζονται νωρίς (πριν από την ηλικία των 6 ετών) και διαρκούν επί μακρόν. Ωστόσο, πριν τη φοίτηση του παιδιού

στο σχολείο, είναι δύσκολο να αναγνωριστεί η υπερδραστηριότητα, επειδή είναι δύσκολο να καθοριστούν τα φυσιολογικά όρια: μόνο η εμφανέστατα υπερβολική δραστηριότητα θα θέσει τη διάγνωση σε ένα παιδί προσχολικής ηλικίας.

Η διάγνωση της διαταραχής υπερκινητικού τύπου μπορεί να τεθεί ακόμη και κατά την ενήλικη ζωή. Το υπόβαθρο είναι το ίδιο, αλλά η προσοχή και η δραστηριότητα θα εκτιμηθούν αναφορικά με τα πρότυπα που είναι κατάλληλα από αναπτυξιακής πλευράς. Εάν κατά την παιδική ηλικία υπήρχε υπερκινητικότητα, η οποία όμως αργότερα εξέλιπε ή τη διαδέχθηκε άλλη κατάσταση όπως δυσκοινωνική διαταραχή της προσωπικότητας ή κατάχρηση ουσιών, τότε μάλλον θα πρέπει να κωδικοποιείται η τρέχουσα κατάσταση παρά η παλαιότερη.

Βασικό κριτήριο κωδικοποίησης της διαταραχής είναι η παρουσία ή η απουσία συμπτωμάτων επιθετικότητας, ενοχής ή δυσκοινωνικής συμπεριφοράς. Όταν τα συμπτώματα αυτά απουσιάζουν, τότε τίθεται η διάγνωση «F90.0 Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής», ενώ όταν αυτά είναι παρόντα, τίθεται η διάγνωση «F90.1 Διαταραχή της Διαγωγής υπερκινητικού τύπου». Ο υπολειμματικός τύπος «F90.9 Διαταραχή Υπερκινητικού Τύπου μη καθοριζόμενη» πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο όταν δεν υπάρχει δυνατότητα διαφοροποίησης μεταξύ F90.0 και F90.1, αλλά πληρούνται τα γενικά κριτήρια για την F90.- (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

5.3. Οι διαφορές μεταξύ DSM-IV και ICD-10

Παραδοσιακά, οι ψυχίατροι στην Αγγλία προτιμούν να χρησιμοποιούν το διαγνωστικό εγχειρίδιο ICD-10, όταν κάνουν ψυχιατρικές διαγνώσεις. Υπάρχουν όμως σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα διαγνωστικά εγχειρίδια ICD-10 και DSM-IV. Αυτά τα εγχειρίδια συσχετίζονται μεταξύ τους στα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ αλλά διαφέρουν στην ονομασία και στις διαγνωστικές ταμπέλες. Στο DSM-IV παρουσιάζεται ως «ΔΕΠ-Υ» και στο ICD-10 παρουσιάζεται ως «Υπερκινητική διαταραχή» (Munden & Arcelus, 2000).

Υπάρχουν επίσης, σημαντικές διαφορές στον αριθμό των συμπτωμάτων που απαιτούνται για να γίνει η διάγνωση και στον τρόπο που περιγράφονται οι συμπεριφορές και οι δυσλειτουργίες. Παρόλα αυτά σε μια πρώτη ματιά αυτές οι διαφορές δεν φαίνονται να είναι πολύ σημαντικές. Οι κυριότερες διαφορές ανάμεσα στα δύο εγχειρίδια DSM-IV και ICD-10 είναι:

1. Στο DSM-IV ταξινομείται η φράση «συχνά μιλά υπερβολικά» ως σύμπτωμα υπερκινητικότητας, ενώ στο ICD-10 ταξινομείται με τον ίδιο τρόπο αλλά με περισσότερη συγκεκριμένη περιγραφή της συμπεριφοράς όπως, «συχνά μιλά υπερβολικά χωρίς να ανταποκρίνεται σε κοινωνικούς περιορισμούς» ως σύμπτωμα παρορμητικότητας.
2. Στο DSM-IV απαιτούνται τα 6 (και περισσότερα) συμπτώματα της «υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας» τα οποία θα πρέπει να επιμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό που να είναι απροσάρμοστος και ασύμβατος με το αναμενόμενο αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Περιλαμβάνει 6 συμπτώματα υπερκινητικότητας και 3 παρορμητικότητας και είναι πιθανόν αυτά τα παιδιά χωρίς κανένα σύμπτωμα έλλειψης ελέγχου παρορμητικότητας να μπορούν να πληρούν τα κριτήρια διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ. Αυτό είναι εν μέρει ενδιαφέρον, σε μια εποχή όπου οι τρέχον επιστημονικές γνώμες επισημαίνουν πως το ουσιώδες έλλειμμα της ΔΕΠ-Υ και «Υπερκινητικής Διαταραχής» είναι ένα από τα ελλείμματα ελέγχου παρορμητικότητας.

Οι διαφορές των διαγνωστικών κριτηρίων ανάμεσα στο ICD-10 και DSM-IV είναι το ότι χρησιμοποιούν διαφορετικές ομάδες παιδιών. Το ICD-10 έχει δείξει επανειλημμένα ότι

επιλέγει πιο μικρές ομάδες παιδιών με περισσότερα σοβαρά συμπτώματα σε σχέση με αυτά που επιλέγονται και χρησιμοποιούνται στο DSM-IV.

Σε πρακτικό επίπεδο, είναι πολύ σημαντικό να σημειωθεί ότι υπάρχει αναμφίβολη απόδειξη ότι η μεγαλύτερη ομάδα παιδιών που γνωρίζουν λιγότερη αυστηρότητα εμπεριέχονται στα κριτήρια του DSM-IV και ενδεχομένως είναι περισσότερο «ανάπηρα». Αυτά τα συμπτώματα των παιδιών ανταποκρίνονται πιο αποτελεσματικά στις αναγνωρισμένες θεραπείες.

Τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV έχουν ένα επιπλέον πλεονέκτημα από τα διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10: η πλειονότητα της παγκόσμιας έρευνας βασίζεται περισσότερο σε ασθενείς που πληρούν τα κριτήρια του DSM-IV και όχι του ICD-10. Εάν οι κλινικοί εύχονται οι αποδείξεις αυτές να υποχωρήσουν από αυτές τις έρευνες θα πρέπει να τις απαντήσουν στον ίδιο κλινικό πληθυσμό (Munden & Arcelus, 2000).

6. Η Διάγνωση της ΔΕΠ-Υ

6.1. Εισαγωγικά

Κάθε άνθρωπος στις καθημερινές του συναλλαγές με το στενό αλλά και τον ευρύτερο κοινωνικό του περίγυρο γίνεται αντικείμενο παρατήρησης, αξιολόγησης και κριτικής. Η εμφάνισή του, ο χαρακτήρας του, η συμπεριφορά του αξιολογούνται από τους άλλους ανθρώπους, οι οποίοι ανάλογα με την αξία που αποδίδουν στο καθένα από αυτά τα στοιχεία διαμορφώνουν μια συνολική εκτίμηση για τον άνθρωπο που έχουν απέναντί τους. Η διαδικασία της διάγνωσης μπορεί να αποτελέσει το πρώτο βήμα στην προσπάθεια αντιμετώπισης των δυσκολιών του παιδιού γιατί διευκολύνει τους γονείς στην κατανόηση της αιτιολογίας τους. Η διαμόρφωση μιας ρεαλιστικής αντίληψης για τις δυσκολίες του παιδιού είναι το σημαντικότερο βήμα προκειμένου οι γονείς να προσαρμόσουν ανάλογα τη συμπεριφορά τους απέναντί του και να το βοηθήσουν αποτελεσματικά. Επιπλέον, η διάγνωση μπορεί να βοηθήσει το ίδιο το παιδί να κατανοήσει τα αίτια που του δημιουργούν δυσκολίες και παράλληλα να αναγνωρίσει τις δυνατότητες του, γεγονός που σε πολλές περιπτώσεις αποτελεί το πρώτο βήμα για την αναθεώρηση της αρνητικής εικόνας που έχει διαμορφώσει για τον εαυτό του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η αυξανόμενη προσοχή του κοινού στην ΔΕΠ-Υ κατά την τελευταία δεκαετία, αύξησε και τον εντοπισμό περιπτώσεων, οι οποίες οδήγησαν και στην απαραίτητη έρευνα. Από την επιδημιολογική έρευνα φαίνεται ότι τα παράλογα ποσοστά επιπολασμού της ΔΕΠ-Υ κυρίως στα αγόρια σχολικής ηλικίας, προκύπτουν όταν η ΔΕΠ-Υ εντοπίζεται βάσει μιας μόνο περιγραφικής πηγής αλλά μειώνονται σημαντικά όταν επιβάλλονται πλήρη διαγνωστικά κριτήρια – μεταξύ των οποίων η ηλικία έναρξης στα επτά χρόνια, η παρουσία της σε όλα τα πλαίσια και η επιβεβαίωση της διαταραχής. Στις Η.Π.Α. υπάρχει μεγάλη ποικιλομορφία της διάγνωσης με αποτέλεσμα οι κλινικοί να μην εφαρμόζουν συστηματικά τα διαγνωστικά κριτήρια. Συνήθως στηρίζονται στις περιγραφές των γονιών και δεν εκτιμούν όλα τα κριτήρια. Ωστόσο η διάγνωση σε ορισμένα μέρη της χώρας, μπορεί να είναι λιγότερο συχνή από την πραγματική εικόνα,

ενώ σε άλλα μέρη να είναι υπερβολικά συχνή (Wolraich, Hannah, Baumgaertel & Feurer, 1998 παραπομπή στο Hilgard, 2004).

Παρ' όλα αυτά η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ φαίνεται να είχε γίνει της «μόδας» κυρίως γι' αυτούς που βίωναν κάποιο αρνητικό γεγονός στη ζωή τους – όπως η σχολική αποτυχία ή η απώλεια εργασίας – και συνήθως επιθυμούσαν να αποδώσουν τα προβλήματα τους σε μια διαταραχή και όχι σε προσωπική ευθύνη. Ωστόσο, τα τελευταία 30 χρόνια περίπου η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, διαγιγνώσκεται πιο κατάλληλα και πιο αξιόπιστα (Hilgard, 2004).

Επομένως, μόνο με συστηματική προσέγγιση επιτυγχάνεται η σωστή ανίχνευση και η διάγνωση των διαταραχών συγκέντρωσης της προσοχής, με δεδομένο ότι οι διαταραχές συγκέντρωσης ως μαθησιακό πρόβλημα, όπως και άλλα μαθησιακά προβλήματα, αποτελούν ένα πολύπλοκο και πολυπαραγοντικό αποτέλεσμα και γι' αυτό ευθύνονται πολλά επιμέρους συστήματα.

Με τη συλλογή πληροφοριών για το ρόλο των επιμέρους συστημάτων στην παρουσία διαταραχών της προσοχής και την ανάλυση της συμπτωματολογίας επιδιώκεται όχι μόνο η διάγνωση, αλλά και η εκπόνηση ατομικού προγράμματος στήριξης και αντιμετώπισης που να έχει προοπτικές επιτυχίας και αποτελεσματικότητας, αφού στο πλαίσιο διάγνωσης ανήκει όχι μόνο η διαπίστωση του προβλήματος του «περί τίνος πρόκειται», αλλά και το πώς αντιμετωπίζεται, δηλαδή με ποιες τεχνικές μπορεί να επιτευχθεί η αποκατάσταση. Με τη διάγνωση, επιχειρείται ουσιαστικά μια λεπτομερής και εκτενής αξιολόγηση και ανάλυση των στοιχείων που συλλέχθηκαν από διαφορετικές πηγές και με διαφορετικές μεθόδους.

Με βάση, επίσης και το ιστορικό εξέλιξης του προβλήματος, το οικογενειακό υπόβαθρο και το περιβάλλον ανιχνεύονται τα αίτια που οδήγησαν στο πρόβλημα, ο αρχικός χρόνος εμφάνισής του, η διάρκειά του, καθώς και ο χαρακτήρας των συμπτωμάτων του. Μάλιστα, παρατηρείται ότι τα συμπτώματα πολλές φορές επενεργούν με τη μορφή λειτουργικών ανεπαρειών σε περισσότερες περιοχές μέσα στις οποίες κινείται το άτομο, όπως π.χ. στις μαθησιακές διαδικασίες, στη συμπεριφορά, στις κοινωνικές σχέσεις κ.α. (Κυπριωτάκη, 2004).

Για όλα αυτά οι γονείς και οι δάσκαλοι μπορούν να δώσουν χρήσιμες και αξιόπιστες πληροφορίες, με δεδομένο ότι αυτές προέρχονται από «πρώτο χέρι». Η

διάγνωση είναι σοβαρή υπόθεση και γίνεται με προσοχή, περίσκεψη και συνεκτίμηση των δεδομένων, αφού για τα συμπτώματα πρέπει να αποκλειστεί κάθε άλλη ερμηνεία.

Για μια αποφασιστικής σημασίας διάγνωση-αξιολόγηση αξιόπιστες πληροφορίες συλλέγονται μέσω συνομιλίας με τους γονείς, δασκάλους, μέσω παιδαγωγικής, ψυχολογικής και ιατρικής εξέτασης.

Γενικά για τη διάγνωση συλλέγονται πληροφορίες από τις περιοχές:

α. Οικογενειακό περιβάλλον και ιστορικό εξέλιξης

Χωρίς αμφιβολία η συνομιλία με τους γονείς αποτελεί βασική πηγή συλλογής πληροφοριών. Οι γονείς περισσότερο από κάθε άλλον, γνωρίζουν καλύτερα τα παιδιά τους. Παρακολουθούν καθημερινώς την εξέλιξή τους και βιώνουν από κοινού τις διάφορες καταστάσεις. Έτσι, οι γονείς μπορούν να δώσουν λεπτομερείς πληροφορίες για τη δομή και τη λειτουργία της οικογένειας, το ιστορικό εξέλιξης γύρω από την υγεία, τη σχολική και κοινωνική ζωή του παιδιού. Ένα παιδί φαίνεται να έχει προβλήματα συμπεριφοράς, αν συγκρίνεται με παιδιά της ίδιας νοητικής ηλικίας και λαμβάνεται υπόψη η συχνά απότομη αλλαγή των διαδικασιών ωρίμανσης.

β. Σχολικό περιβάλλον και σχολική επίδοση.

Η συμπεριφορά του παιδιού στο πλαίσιο του σχολείου, η σχέση του με τους συμμαθητές και δασκάλους του, η επίδοση του ως αποτέλεσμα της συμμετοχής του στις διαδικασίες μάθησης είναι βασικές περιοχές που χρήζουν απαραίτητα διερεύνησης για τον εντοπισμό και εξιχνίαση της αιτιολογίας του προβλήματος, αλλά και για την αντιμετώπιση του με την προσφορά υποστηρικτικής παρέμβασης (Κυπριωτάκη, 2004).

Συνήθως, σε ένα καλά δομημένο περιβάλλον όπως είναι η σχολική τάξη οι ενυπάρχουσες συμπεριφορές των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι συχνά πιο εμφανής. Παρ' όλα αυτά, κάποιες συμπεριφορές οι οποίες είναι συνδεδεμένες με τη διαταραχή αυτή είναι πιθανόν να μην μπορούν να παρατηρηθούν στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος. Αυτές συνήθως είναι οι καθημερινές δραστηριότητες και τα αυθόρμητα λάθη που παρατηρούνται κυρίως καθ' όλη τη διάρκεια της ημέρας (Andrews, 1999).

Έτσι, προκειμένου ο ειδικός να μπορεί να ενσωματώνει όλους αυτούς τους παράγοντες στη διαδικασία της διάγνωσης, είναι απαραίτητο να διαθέτει ένα ευρύ φάσμα γνώσεων στο οποίο να περιλαμβάνει γνώση των βασικών αρχών και μέσων ψυχολογικής αξιολόγησης, γνώσεις εξελικτικής ψυχολογίας και ψυχοπαθολογίας, καθώς και βασικές γνώσεις κοινωνικής ψυχολογίας για τη διαμόρφωση των στάσεων και των αντιλήψεων καθώς και για τον τρόπο που αυτές επηρεάζουν τη συμπεριφορά.

Σύμφωνα με τους Mash και Terdal (1988), οι βασικοί στόχοι της διάγνωσης, περιλαμβάνουν: α. Τον καθορισμό της φύσης και της αιτιολογίας του προβλήματος, β. Την πρόγνωση της έκβασης των δυσκολιών του παιδιού, γ. Το σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης και δ. Την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής παρέμβασης (Mash & Terdal, 1988 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Επειδή λοιπόν οι στόχοι της θεραπευτικής παρέμβασης δεν είναι ίδιοι για όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, η αναγνώριση ύπαρξης της διαταραχής δεν αρκεί για το σχεδιασμό του θεραπευτικού προγράμματος. Χρειάζεται επίσης μια λεπτομερή αξιολόγηση του παιδιού σε γνωστικό, συναισθηματικό και κοινωνικό επίπεδο, καθώς και μια αξιολόγηση του περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει και μεγαλώνει το παιδί (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

6.2. Η διαδικασία της Διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ

Η διαδικασία της διάγνωσης στην πραγματικότητα ξεκινά από τη στιγμή που ο γονέας ή κάποιο άλλο άτομο που ενδιαφέρεται για το παιδί προβληματίζεται από τη συμπεριφορά και τις δυσκολίες του και αποφασίζει να απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό. Η διαδικασία της διάγνωσης ακολουθεί πέντε βασικά στάδια:

Στο πρώτο στάδιο γίνεται προσπάθεια να ανιχνευθεί η ΔΕΠ-Υ, δηλαδή ο ειδικός διερευνά αν τα συμπτώματα του παιδιού σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ και αν απαιτείται πρόσθετη διερεύνηση αυτής της διαταραχής.

Στο δεύτερο στάδιο γίνεται προσπάθεια συγκέντρωσης στοιχείων για την αξιολόγηση της έκτασης και της φύσης των προβλημάτων που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ, καθώς και της συχνότητας, της διάρκειας και της έντασης τους. Μελετώνται επίσης, οι παράγοντες (π.χ. οργανικοί, περιβαλλοντικοί) που συντηρούν την προβληματική συμπεριφορά καθώς και οι συνθήκες μέσα στις οποίες εμφανίζεται.

Στο τρίτο στάδιο συγκεντρώνονται πληροφορίες από γονείς και παιδαγωγούς προκειμένου να εξακριβωθεί η ηλικία πρώτης εμφάνισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, η επιμονή τους στο χρόνο και η απόκλιση της συχνότητας εκδήλωσης αυτών των μορφών συμπεριφοράς από την αναμενόμενη συμπεριφορά σε συνάρτηση με τη χρονολογική ηλικία και το φύλο του παιδιού. Αξιολογείται επίσης η έκταση των δυσκολιών που αντιμετωπίζει το παιδί στο σχολείο, στο σπίτι και στην ομάδα των συνομηλίκων του και διερευνάται η συνύπαρξη άλλων προβλημάτων (π.χ. μαθησιακές δυσκολίες, διαταραχές διαγωγής κλπ.) τα οποία μπορεί να σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ.

Στο τέταρτο στάδιο γίνεται ο προγραμματισμός της θεραπευτικής παρέμβασης. Ο ειδικός εξετάζει και αξιολογεί αναλυτικά τις δυσκολίες και τις δυνατότητες του παιδιού προκειμένου να αποφασίσει ποιες είναι οι καταλληλότερες στρατηγικές παρέμβασης.

Στο πέμπτο στάδιο της διάγνωσης, το οποίο εντάσσεται στα πλαίσια της εξέλιξης του θεραπευτικού προγράμματος, πραγματοποιείται η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της παρέμβασης που σε αυτήν ο ειδικός μελετά αν υπάρχουν αλλαγές στη συμπεριφορά και τις επιδόσεις του παιδιού και κατά πόσον οι αλλαγές αυτές συμβάλλουν στην αποτελεσματικότερη προσαρμογή του παιδιού στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Για μια ορθολογική όμως και σφαιρική διαλεύκανση και αντιμετώπιση του προβλήματος των διαταραχών συγκέντρωσης της προσοχής επιβάλλεται η λεπτομερειακή διερεύνηση τους να γίνεται τουλάχιστο κάτω από το ιατρικό, παιδαγωγικό και ψυχολογικό πρίσμα (Κυπριωτάκη, 2004).

6.2.1. Ιατρική Διάγνωση

Είναι γνωστό ότι η ποιότητα μιας ιατρικής διάγνωσης εξαρτάται από το επίπεδο της γνώσης και πρακτικής εμπειρίας του γιατρού. Είναι, επίσης, αυτονόητο ότι σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να είναι ένας οποιοσδήποτε οικογενειακός γιατρός ή παιδίατρος και να κάνει διάγνωση διαταραχών της προσοχής ή υπερκινητικού συνδρόμου. Η διάγνωση των διαταραχών της προσοχής από ιατρικής πλευράς μπορεί να γίνει μόνον από έναν έμπειρο και γνώστη του αντικειμένου παιδοψυχίατρο ή παιδίατρο.

Σε κάθε περίπτωση διάγνωσης γίνεται καταρχήν λεπτομερής μελέτη των παραμέτρων που συνέλαβαν, έτσι, ώστε να εκδηλωθεί το πρόβλημα, δηλαδή καταβάλλεται προσπάθεια προσέγγισης του προβλήματος με τη μελέτη της πορείας εξέλιξης του. Βασικά πρόκειται για τη μελέτη της εξέλιξης του συνδρόμου και της διαμόρφωσης των επιμέρους συμπτωμάτων και των επιπτώσεων τους στην εξέλιξη (γνωστική, συναισθηματική, κοινωνική) του εξεταζομένου, των μορφών αγωγής που χρησιμοποιήθηκαν και των αποτελεσμάτων των μέχρι σήμερα μέτρων στήριξης και αντιμετώπισης, αλλά και των υπάρχουσων δυνατοτήτων για παραπέρα στήριξη και βοήθεια. Δηλαδή γίνεται αναδρομή στο ιστορικό της οικογένειας και ιδιαίτερα στο ιστορικό του παιδιού. Επισημαίνονται επιβαρυντικές καταστάσεις και γεγονότα πριν από τη γέννηση (προγεννητικά αίτια) κατά τη γέννηση (περιγεννητικά αίτια) και μετά τη γέννηση. Εξετάζονται λεπτομερώς η πορεία εξέλιξης, οι ιδιοσυγκρασιακές και νευρολογικές ιδιαιτερότητες, η αισθησιοκινητική και ψυχοπνευματική εξέλιξη, καθώς και η παρούσα κατάσταση του παιδιού (Κυπριωτάκη, 2004).

Επίσης εξετάζεται το ύψος, το βάρος και το μέγεθος του κεφαλιού του παιδιού καθώς και κάποια ασυνήθιστα σημάδια στο σώμα που μπορεί να συνδέονται με τις μαθησιακές δυσκολίες. Ο ειδικός θα πρέπει να εξετάσει προσεκτικά το νευρικό σύστημα του παιδιού για τυχόν ανωμαλίες που μπορεί να υπάρχουν. Αυτό μπορεί να γίνει με την

εξέταση της ισορροπίας και συντονισμού των κινήσεων, τη μυϊκή δύναμη, το μυϊκό τόνο και τα αντανακλαστικά (Selikowitz, 1995).

Επειδή στις περιπτώσεις επιληψίας ή αλλεργικών νόσων, όπως είναι το άσθμα, εκδηλώνονται συχνά δευτερογενώς δυσκολίες και προβλήματα στην προσοχή, εξαιτίας των φαρμάκων που χορηγούνται για την αντιμετώπισή τους, επιβάλλεται η σχετική διευκρίνιση και επισήμανση. Σε περίπτωση χορήγησης φαρμάκων για την αντιμετώπιση του συνδρόμου είναι αναγκαίο να λαμβάνεται υπόψη η σωματική και η ψυχική κατάσταση και η λειτουργία των επιμέρους συστημάτων. Για τη συλλογή των πληροφοριών χρησιμοποιούνται κατάλληλα δομημένα ερωτηματολόγια. Όμως, σε καμιά περίπτωση δεν αναπληρώνουν την προσωπική συνομιλία και επικοινωνία. Χρησιμοποιούνται επικουρικά στο πλαίσιο της εξέτασης για τους σκοπούς της διάγνωσης (Κυπριωτάκη, 2004).

6.2.2. Παιδαγωγική διάγνωση

Το χθες και το σήμερα της επίδοσης ενός μαθητή, η στάση του απέναντι στο σχολείο και στη μάθηση, οι σχολικές του ικανότητες ή αδυναμίες, οι σχέσεις του με τους συνομηλίκους και συμμαθητές και γενικότερα η συμπεριφορά του μέσα στην τάξη και έξω από αυτήν, καθώς και τα αντίστοιχα απ' αυτά τα βιώματα του, αποτελούν βασικά στοιχεία της παιδαγωγικής διάγνωσης. Όμως, η σχολική προσαρμογή του μαθητή επηρεάζεται από το πρόγραμμα μάθησης, τους στόχους μάθησης, αλλά και στη στρατηγική, την τακτική επίτευξής τους, την επιλογή ερεθισμάτων και των τεχνικών μεθόδων διδασκαλίας, τις προσδοκίες του δασκάλου και των γονιών, όσον αφορά την επίδοση και τη συμπεριφορά του παιδιού γενικότερα.

Για τον λόγο αυτόν, η λεπτομερής παρατήρηση της συμπεριφοράς του παιδιού, ιδιαίτερα στο χώρο εργασίας της σχολικής τάξης και στο σπίτι, συζητήσεις και ιστορικό γύρω από το χρόνο εμφάνισης και την πορεία εξέλιξης μαθησιακών δυσκολιών και διαταραχών σε συνδυασμό με διαταραχές της ικανότητας συγκέντρωσης της προσοχής, η μελέτη των ενδεικτικών και των τίτλων σπουδών διευκολύνουν και συμβάλλουν αποφασιστικά στην έγκυρη διάγνωση.

Με δεδομένο ότι τα παραπάνω διαδραματίζονται κατεξοχήν στο σχολείο και σχετίζονται αποκλειστικά μ' αυτό και με ότι αφορά στους στόχους επιδιώκει, κατάλληλος για τη διεξαγωγή και τη σύνταξη της παιδαγωγικής διάγνωσης είναι σε κάθε περίπτωση αντίστοιχα ο δάσκαλος. Η επιστημονική κατάρτιση που δέχεται σήμερα ο δάσκαλος, η κατάλληλη εξοικείωση και πρακτική άσκηση σε θέματα μαθησιακών δυσκολιών και διαταραχών μάθησης, διαταραχών ικανότητας συγκέντρωσης της προσοχής κ.α., καθώς και η αντίστοιχη ευαισθησία τον καθιστούν ικανό, αλλά και απαραίτητο για να συμμετέχει στην επιστημονική διαγνωστική ομάδα (Κυπριωτάκη, 2004).

6.2.3. Ψυχολογική Διάγνωση

Σε κάθε περίπτωση η έγκυρη διάγνωση συμβάλλει στη διαπίστωση, στην αιτιολογία και στην αντιμετώπιση του προβλήματος. Χωρίς αυτήν δεν υπάρχουν προοπτικές εκπόνησης προγράμματος αποκατάστασης και ομαλοποίησης. Στις διαταραχές προσοχής και έλλειψης ικανότητας συγκέντρωσης η συλλογή του υλικού διάγνωσης επιτυγχάνεται μέσω διαφορετικών πηγών και τεχνικών. Ουσιαστικά, με την ψυχολογική εξέταση καταβάλλεται προσπάθεια δημιουργίας πλαισίου για τη λύση του προβλήματος (Κυπριωτάκη, 2004).

Οι ψυχομετρικές δοκιμασίες αποτελούν ένα αντικειμενικό κριτήριο αξιολόγησης το οποίο μερικές φορές κρίνεται απαραίτητο, ιδιαίτερα όταν οι πληροφορίες οι οποίες συγκεντρώνονται από τους γονείς, τους δασκάλους και τις παρατηρήσεις του ειδικού είναι αντιφατικές και γεννούν σημαντικά ερωτήματα ως προς την αξιοπιστία τους.

Ένας επιπρόσθετος λόγος για τη χρήση ψυχομετρικών δοκιμασιών είναι η αξιολόγηση κάποιων δευτερογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, όπως, για παράδειγμα, των μαθησιακών δυσκολιών που παρουσιάζει ένας μεγάλος αριθμός παιδιών με αυτή τη διαταραχή. Η λεπτομερής αξιολόγηση της αναγνωστικής ικανότητας, της ικανότητας κατανόησης κειμένου, της γραφής, της ορθογραφίας και της αριθμητικής ικανότητας είναι απαραίτητη προκειμένου ο ειδικός να διαμορφώσει μια γενική εικόνα του επιπέδου των σχολικών γνώσεων του παιδιού και των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών που ενδέχεται να αντιμετωπίζει (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ιδιαίτερη μνεία θα πρέπει να γίνει στο ΑθηνάΤεστ διάγνωσης Δυσκολιών Μάθησης, το οποίο κατασκευάστηκε και σταθμίστηκε από το Ψυχομετρικό Εργαστήριο της Φιλοσοφικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών με σκοπό την ανίχνευση των μαθησιακών δυσκολιών και τη λεπτομερή αξιολόγησή τους (Παρασκευόπουλος και συν., 1999 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Το ΑθηνάΤεστ χορηγείται σε παιδιά ηλικίας 5-9 ετών και αποτελείται από πέντε κλίμακες: Νοητική ικανότητα, Άμεση μνήμη ακολουθιών, Ολοκλήρωση ελλিপών προτάσεων, Γραφο-φωνολογική ενημερότητα και Νευροψυχολογική ωριμότητα.

Σύμφωνα με τους κατασκευαστές του, πρόκειται για ένα «ψυχοπαιδαγωγικό διαγνωστικό μέσο αναλυτικής και ενδοατομικής αξιολόγησης, όπου δεν εξάγονται, όπως συμβαίνει με άλλα πολυθεματικά τεστ, αθροίσματα και γενικοί δείκτες, αλλά η κάθε μετρούμενη ικανότητα έχει μια αυτόνομη λειτουργία στη διαγνωστική διαδικασία» (Παρασκευόπουλος και συν., 1999 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Γι' αυτό προτείνεται η πλήρης χορήγηση του τεστ στις περιπτώσεις παιδιών όπου έχουν ήδη παρουσιαστεί προβλήματα μάθησης ή όπου υπάρχουν βάσιμες υποψίες για ελλειμματική ανάπτυξη, όπου είναι ωστόσο δυνατή και η επιλεκτική χορήγηση ορισμένων μόνο κλιμάκων ανάλογα με τον τομέα της ανάπτυξης που ο ειδικός ενδιαφέρεται να αξιολογήσει (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

6.3. Μέσα Αξιολόγησης

Η χρήση κλιμάκων αξιολόγησης για γονείς και δασκάλους απαιτεί από τον ειδικό την καλή γνώση των χαρακτηριστικών αυτών των κλιμάκων, του είδους των πληροφοριών που παρέχουν στην ψυχολογική αξιολόγηση αλλά και των περιορισμών που πρέπει να τίθενται στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους.

Στην αρχή είναι προτιμότερη η χρήση των κλιμάκων που διερευνούν ένα ευρύ φάσμα διαταραχών της παιδικής ηλικίας. Τέτοιου είδους κλίμακες είναι η κλίμακα BASC (Reynolds & Kamphaus, 1994 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005), η κλίμακα CBCL (Achenbach, 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005) και οι κλίμακες αξιολόγησης του Connors (1990) για γονείς και δασκάλους. Σε επόμενη φάση ενδείκνυται η χρήση εξειδικευμένων κλιμάκων για την ανίχνευση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ. Τέτοιες είναι η κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ (ADHD Rating Scale) του DuPaul (1991), η κλίμακα ADHD-SC4 των Gadow και Sprafkin (1997), η κλίμακα ADHDT του Gilliam (1995) κ.α.

Επίσης, ανάλογα με την περίπτωση, ο ειδικός μπορεί να επιχειρήσει τη διερεύνηση των παραγόντων όπως το επίπεδο αυτοεκτίμησης του παιδιού, τις κοινωνικές του δεξιότητες, το επίπεδο αυτοελέγχου και άλλων τομέων, για τους οποίους μπορεί να επιλέξει τις αντίστοιχες κλίμακες. Όπως είπαμε και παραπάνω τα κυριότερα μέσα αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ είναι η συνέντευξη, ιατρική εξέταση και η κλινική παρατήρηση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Για την επίτευξη όμως των αναγκαίων προϋποθέσεων που συνεπάγεται ένα πλαίσιο στήριξης με προοπτικές αποκατάστασης απαιτούνται οι παρακάτω προσεγγίσεις:

6.3.1. Προφίλ εξελικτικού επιπέδου των γνωστικών λειτουργιών

Με τα μέχρι σήμερα δεδομένα, βασικό γνώρισμα για την παρουσία διαταραχών προσοχής και συγκέντρωσης της αποτελεί η ασυμφωνία, η μη συμπίεση της συμπεριφοράς του παιδιού με το επίπεδο της νοημοσύνης του. Έτσι, όπου υπάρχουν συμπτώματα διαταραχών προσοχής και συγκέντρωσης της ενδείκνυται καταρχήν η ανάπτυξη προφίλ γνωστικών ικανοτήτων για τη διαπίστωση του επιπέδου εξέλιξης των διάφορων γνωστικών λειτουργιών (Barkley, 1997, 1998, Braswell & Bloomquist, 1991 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

Πέραν από τη διαπίστωση του βαθμού εξέλιξης των επιμέρους γνωστικών ικανοτήτων του παιδιού ή εφήβου, όπως αυτές αποτυπώνονται κατά την εξελικτική πορεία στη συμπεριφορά του με τις διάφορες μορφές δραστηριοτήτων του, είναι αναγκαία η διαπίστωση τους με αξιοπιστία και έγκυρα τεστ νοημοσύνης και ικανοτήτων. Κρίσεις, με βάση έκφραση και εντυπώσεις δεν αρκούν. Με την εξέταση και τον προσδιορισμό του επιπέδου εξέλιξης της νοημοσύνης και των επιμέρους γνωστικών λειτουργιών αποσαφηνίζεται το πρόβλημα της αιτιολογίας και η σχέση του με τις διαταραχές της προσοχής και της συγκέντρωσης της.

Σήμερα κυκλοφορούν αρκετά έγκυρα και αξιόπιστα τεστ νοημοσύνης και ικανοτήτων από τα οποία ο ψυχολόγος, ανάλογα με την περίπτωση, μπορεί να επιλέγει και αν εφαρμόζει τα πιο κατάλληλα. Ανάμεσα σε αυτά διακρίνονται:

Τα τεστ νοημοσύνης για παιδιά του Wechsler, προσαρμογή Αμβούργου (Der Hamburg- Wechsler-Intelligenztest für Kinder (HAWIK-R) Testzentrale, Gottingen & Bern, 2000/01, Rauchfleisch, 1994 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004). Το τεστ νοημοσύνης του Wechsler για παιδιά, αναπτύχθηκε πάνω στην αρχή της αμερικάνικης αρχικής μορφής του τεστ νοημοσύνης του Wechsler (Wechsler Intelligence Scale for children – Revision (WISC-R). Αυτό το τεστ βασίστηκε στη θεωρία του Wechsler (1964) για τη νοημοσύνη. Με το τεστ αυτό ανιχνεύονται όχι μόνο γενικές και ειδικές νοητικές ικανότητες, αλλά παράλληλα ανιχνεύονται και μη νοητικοί παράγοντες της νοημοσύνης. Το HAWIK τεστ αναπτύχθηκε πάνω στο θεωρητικό υπόβαθρο της θεωρίας των δύο παραγόντων του Spearman (Κυπριωτάκης, 1982 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004). Αντίστοιχα με αυτήν την αντίληψη, με τα επιμέρους τεστ του HAWIK διερευνάται όχι

μόνο στο επίπεδο εξέλιξης του γενικού παράγοντα (G-Factor), της νοημοσύνης, δηλαδή η γενική νοημοσύνη, αλλά διαπιστώνεται, επίσης, το επίπεδο εξέλιξης και των ειδικών παραγόντων (S-Factoren) της νοημοσύνης, δηλαδή οι επιμέρους ειδικές ικανότητες.

Το HAWIK τεστ αποτελείται από το θεωρητικό και πρακτικό μέρος. Στο θεωρητικό μέρος εξετάζονται: 1. Οι γενικές γνώσεις, 2. Η γενική νοημοσύνη, 3. Η αριθμητική σκέψη, 4. Η εύρεση ομοιοτήτων, 5. Ο θησαυρός λέξεων και 6. Η επανάληψη αριθμών. Στο πρακτικό μέρος εξετάζονται: 7. Το συμβολικό τεστ αριθμών, 8. Η συμπλήρωση εικόνων, 9. Η ταξινόμηση εικόνων, 10. Το Μωσαϊκό τεστ, όπου χρησιμοποιούνται 4 μέχρι 9 κύβοι, οι οποίοι είναι όμοιοι με όμοια χρώματα στις πλευρές τους, διαφορετικά σε κάθε πλευρά του κύβου, με τους οποίους κατασκευάζονται με βάση διάφορα σχέδια. Το τεστ συνδυάζει τη συνδυαστική ικανότητα, την ικανότητα αντίληψης του χώρου και τον οπτικό-κινητικό συντονισμό και 11. Την τοποθέτηση σχημάτων.

Όμως, πέραν από αυτά παρατηρείται κατά τη διάρκεια του τεστ και καταγράφεται η συμπεριφορά και ο τρόπος εργασίας του εξεταζομένου, δηλαδή ο τρόπος λύσης του προβλήματος, η έκφραση και η υπομονή. Σε νεότερες αναθεωρήσεις του HAWIK προστέθηκαν επιπλέον ερωτήσεις σε ορισμένες κατηγορίες των υποτεστ. Το HAWIK είναι ατομικό τεστ νοημοσύνης του οποίου ο χρόνος εφαρμογής κυμαίνεται από μιάμιση έως δύο ώρες. Η αξιολόγηση του γίνεται με βάση σχετικές οδηγίες. Αντίστοιχα για παιδιά προσχολικής ηλικίας κυκλοφορεί το Hannover-Wechsler-Intelligenztest für Vorschulalter (HAWI-VA) και για ενήλικες το Hamburg-Wechsler-Intelligenztest für Erwachsene (HAWIE) (Κυπριωτάκη, 2004).

6.3.2. Προφίλ Προσωπικότητας

Ο διαχωρισμός των τεστ σε τεστ νοημοσύνης – ικανοτήτων (μετρικά τεστ) και σε τεστ προσωπικότητας (προβολικά τεστ) είναι μεθοδολογικός και γίνεται κυρίως για χάρη της έρευνας. Αυτό γίνεται γιατί, οι νοητικές και οι ειδικές ικανότητες βρίσκονται σε μια στενή και διαρκή σχέση εξάρτησης με τους θυμικούς παράγοντες της προσωπικότητας και με την ικανότητα της να επεξεργάζεται τα περιεχόμενα των βιωμάτων και να τα «βρίσκει» με το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Στην προκειμένη περίπτωση είναι σκόπιμο να γίνεται προσέγγιση και ανάλυση ορισμένων γνωρισμάτων της προσωπικότητας του εξεταζομένου, όταν αυτά μπορεί να συνδέονται με τα μαθησιακά του προβλήματα. Ως εκ τούτου, σχολικό άγχος, έλλειψη παρότρησης, μειωμένο αυτοσυναίσθημα και αρνητική αυτοαντίληψη, έντονο κλίμα και διαταραγμένες σχέσεις στο σπίτι και το σχολείο είναι α priori σημαντικά στοιχεία, που συμβάλλουν σε έγκυρη διάγνωση.

Μεταξύ άλλων, η συλλογή χρήσιμων στοιχείων για την αξιολόγηση και την τελική διάγνωση μπορεί να προέλθει μέσω της εφαρμογής διάφορων τεστ προσωπικότητας, τα οποία είναι:

α. Thematik Apperception Test (TAT)

Το TAT αναπτύχθηκε από τους Morgan και Murray (Morgan & Murray, 1935, Blumenberg, σε Arnold, Eysenck & Meili, 1974 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004). Γενικά το TAT συμβάλλει στην κατανόηση της προσωπικότητας και του χαρακτήρα του εξεταζομένου, ανιχνεύει αίτια διαταραχών και τον αντίκτυπο τους στον ψυχικό του κόσμο. Αν και υπάρχει για το TAT σύστημα αξιολόγησης συνήθως η αξιολόγηση παίρνει μορφή «ελεύθερης» ερμηνείας (Rauchfleisch, 1994 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004). Το τεστ αυτό χρησιμοποιείται μετά τη συμπλήρωση του 8^{ου} έτους της ηλικίας του παιδιού.

β. Children Apperception Test (CAT)

Το CAT αναπτύχθηκε από τους Bellak και Bellak (Bellak & Bellak, 1995 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004). Βασίζεται πάνω στην αρχή του TAT και είναι ειδικά φτιαγμένο

για παιδιά ηλικίας 3-10 ετών και αποτελείται από δέκα εικόνες στις οποίες απεικονίζονται ζώα σε διάφορες καταστάσεις. Γενικά το CAT μπορεί να δώσει σαφείς και χρήσιμες πληροφορίες για την «εσωτερική» κατάσταση του εξεταζομένου, τη δομή και τη δυναμική της προσωπικότητας του.

γ. Der Rosenzweig Picture-Frustration Test (RFT)

Ο Rosenzweig δημοσίευσε το έτος 1945 το RFT ως μέσο έρευνας στη διάγνωση των αντιδράσεων σε καταστάσεις ματαίωσης. Πρόκειται για προβολικό τεστ και χρησιμοποιείται στη διάγνωση της ψυχικής επιβάρυνσης που δημιουργείται σ' ένα πρόσωπο σε καταστάσεις κοινωνικής σύγκρουσης. Το πλεονέκτημα του σε σύγκριση με άλλα παράλληλα τεστ, έγκειται στο γεγονός, ότι η εφαρμογή του δεν απαιτεί την παρουσία ενδοσκοπικών ικανοτήτων. Η αξιολόγηση γίνεται με βάση το σταθμισμένο σχήμα αξιολόγησης του Rosenzweig.

δ. Το Sceno-test

Το Sceno – test αναπτύχθηκε από την ψυχοθεραπεύτρια παιδικής ηλικίας Staabs το έτος 1939, επηρεασμένη από τη ψυχαναλυτική θεωρία. Το Sceno – test ως διαγνωστικό μέσο προσιδιάζει ιδιαίτερα σε παιδιά από το 3^ο – 4^ο έτος, επειδή τα παιδιά, μέσω παιγνιώδους μορφής εφαρμογής του τεστ, εκφράζονται σαφέστερα, για το πώς βιώνουν πρόσωπα, πράγματα και καταστάσεις του περιβάλλοντος τους. Με το Sceno – test ανιχνεύονται, επίσης, εξελικτικές διαταραχές, ασυνείδητα προβλήματα και καταστάσεις που συνεχίζουν να επηρεάζουν τη ζωή των παιδιών και εφήβων. Η συγγραφέας του τεστ το περιγράφει ως μια μέθοδο ιατρικό-ψυχολογικής εξέτασης και θεραπείας, για την προσέγγιση ψυχικών στάσεων και διαθέσεων των εξεταζομένων, απέναντι σε ανθρώπους, πράγματα και καταστάσεις τους περιβάλλοντος τους σε σχέση με το ψυχολογικό κλίμα που επικρατεί σ' αυτό.

Για την ευρύτερη διαλεύκανση των μαθησιακών προβλημάτων, όπως είναι και οι διαταραχές προσοχής και συγκέντρωσης της, χρησιμοποιούνται και άλλα παράλληλα τεστ, όπως π.χ. διάφορα ερωτηματολόγια, συμπλήρωση προτάσεων, συνέχιση εικόνων, τεστ διήγησης κ.α. (Κυπριωτάκη, 2004).

6.3.3. Προφίλ ικανότητας προσοχής και συγκέντρωσής της

Αυτού του είδους τα τεστ διευκολύνουν στην ποιοτική και ποσοτική περιγραφή της συμπεριφοράς του ατόμου κατά τη διάρκεια της εργασίας. Η χρήση τους στην προσέγγιση μαθησιακών προβλημάτων, σχολικού και επαγγελματικού προσανατολισμού είναι απαραίτητη. Αυτά τα τεστ είναι:

α. Το τεστ Pauli (Der Pauli-Test)

Το τεστ Pauli αναπτύχθηκε και στηρίχθηκε στην καμπύλη εργασίας του Kraepelin (1902). Ουσιαστικά πρόκειται για προοδευτική απεικόνιση (γραφική παράσταση) της πορείας που ακολουθεί μια εργασία σε επιμέρους χρονικές στιγμές. Η καμπύλη εργασίας ως τεστ αναπτύχθηκε από τον Pauli και σταθμίστηκε από τον Arnold (1951). Το τεστ Pauli χρησιμοποιείται ευρέως μέχρι και σήμερα και θεωρείται έναν από τα πλέον έγκυρα και αξιόπιστα τεστ για τη μέτρηση της ικανότητας συγκέντρωσης της προσοχής, της πορείας, της ποιότητας και της ποσότητας επίδοσης, της επερχόμενης κόπωσης κ.α., καθώς και την ανίχνευση χαρακτηριστικών στοιχείων με την ψυχολογική ερμηνεία της πορείας της εργασίας και της συμπεριφοράς του εξεταζομένου (Pauli & Arnold, 1951 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

β. Το τεστ d2

Το τεστ d2 στηρίχθηκε στην αρχή του τεστ διαγραφής γραμμάτων του Bourdon (1895). Κατά την άποψη του κατασκευαστή, το τεστ d2 μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της ικανότητας συγκέντρωσης της προσοχής και της επίδοσης σε καταστάσεις δραστηριοτήτων, της δύναμης της θέλησης και της επιμονής που απαιτούνται, για να επιτευχθεί μια σκόπιμη επιλογή ερεθισμάτων. Χρησιμοποιείται ευρέως, περισσότερο, όμως, στην ανίχνευση των μαθησιακών δυσκολιών και διαταραχών, στο σχολικό και επαγγελματικό προσανατολισμό, στην ψυχολογία της εργασίας, στην ψυχολογία της συγκοινωνίας κ.α. (Κυπριωτάκη, 2004).

6.3.4. Τεστ Νεύρο-Ηλεκτροφυσιολογικής Δραστηριότητας

Τα τεστ νευρο-ηλεκτροφυσιολογικής δραστηριότητας είναι πολύ χρήσιμα εργαλεία διάγνωσης με τα οποία οι ειδικοί μπορούν να ανιχνεύσουν στον εγκέφαλο του παιδιού κάποιες ανωμαλίες ή υπολειτουργίες. Δεν απαιτούν ούτε εγχύσεις ουσιών στον εγκέφαλο, ούτε υπεριώδης ακτινοβολία, η οποία θα μπορούσε να προκαλέσει βλάβη στο παιδί. Το τεστ αυτό διαρκεί περίπου μια ώρα. Η διαδικασία της διάγνωσης γίνεται με την τοποθέτηση στο κεφάλι του παιδιού ενός είδους καπάκι το οποίο είναι συνδεδεμένο με υπολογιστή. Ο υπολογιστής αναλύει τα ηλεκτρομαγνητικά κύματα από τον εγκέφαλο του παιδιού όταν αυτό φέρνει εις πέρας τρεις στόχους: να μπορεί να συγκεντρωθεί σε ένα ειδικό σχέδιο το οποίο του παρουσιάζεται στον υπολογιστή, να μετρήσει ρυθμικούς τόνους που του παρουσιάζονται από τα ακουστικά και να καθίσει ακίνητος/η με τα μάτια κλειστά. Με τα τεστ αυτά συνήθως υποστηρίζεται ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ανώριμη δραστηριότητα κυρίως στο μετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου.

Τα τεστ αυτά μπορούν επίσης, να εντοπίσουν και άλλες τυχόν ανωμαλίες που ενδέχεται να υπάρχουν στον εγκέφαλο. Ακόμη με τη βοήθεια τους, μπορεί να καθοριστεί για το ποια φαρμακευτική αγωγή θα ήταν καταλληλότερη για το συγκεκριμένο παιδί και πως αυτή μπορεί να επιδράσει στη θεραπεία του. Με λίγα λόγια προσδιορίζονται οι αλλαγές που θα επέλθουν από τη φαρμακευτική αγωγή.

Συνοπτικά, μπορεί να ειπωθεί πως το τεστ νευρο-ηλεκτροφυσιολογικής δραστηριότητας μπορεί να παίζει πολύ σημαντικό ρόλο στη διαδικασία της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ αλλά και στη μετέπειτα αντιμετώπισή της. Παρ' όλα αυτά δεν είναι πάντα διαθέσιμο και πολλά παιδιά μπαίνουν σε αυτή τη διαδικασία χωρίς να λαμβάνουν την κατάλληλη εκπαίδευση (Selikowitz, 1995).

6.4. Διαφορική Διάγνωση

Η οργάνωση των αποτελεσμάτων που συλλέγονται από τη χρήση διαφορετικών μέσων αξιολόγησης δεν έχει μόνο στόχο την επιβεβαίωση ή τον αποκλεισμό της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ αλλά και τη διαφορική της διάγνωση από άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας.

Μία από τις σημαντικότερες δυσκολίες στη διαφορική διάγνωση είναι η διάκριση της ΔΕΠ-Υ από την Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή και τη Διαταραχή Διαγωγής. Η Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή εμφανίζεται συνήθως νωρίτερα από τη Διαταραχή της Διαγωγής και πολλές φορές η Διαταραχή της Διαγωγής αποτελεί απλώς διαφοροποίηση της Εναντιωτικής Προκλητικής Διαταραχής σε σχέση με την ηλικία του παιδιού. Αυτό δεν σημαίνει βέβαια ότι όλα τα παιδιά που εμφανίζουν Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή θα εμφανίσουν αργότερα και Διαταραχή της Διαγωγής. Οι δύο αυτές διαταραχές διαφέρουν μεταξύ τους κυρίως ως προς το βαθμό σοβαρότητας των συμπτωμάτων τους και ως προς το βαθμό και την ποιότητα εκδήλωσης επιθετικής συμπεριφοράς.

Η Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή χαρακτηρίζεται κυρίως από αρνητική και αντιδραστική συμπεριφορά και έλλειψη συνεργατικής διάθεσης, περισσότερο σε σχέση με τους γονείς. Η Διαταραχή της Διαγωγής χαρακτηρίζεται κατά βάση από αντικοινωνική και βίαιη συμπεριφορά, τάση καταστροφής αντικειμένων, κατάχρηση ουσιών και εμπλοκή σε παραπτωματικές ενέργειες κατά την εφηβεία.

Η διαφορική διάγνωση με τη ΔΕΠ-Υ γίνεται κυρίως με βάση την ύπαρξη ή την απουσία διαταραχών της προσοχής και δυσκολιών ελέγχου της παρορμητικότητας και με βάση την ηλικία της πρώτης εμφάνισης των προβλημάτων αυτών. Τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠ-Υ εμφανίζονται συνήθως νωρίτερα στην ανάπτυξη του παιδιού σε σύγκριση με τις άλλες δυο διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς. Επίσης, στις οικογένειες των παιδιών με Διαταραχή της Διαγωγής είναι συνηθέστερη η ύπαρξη έντονων οικογενειακών συγκρούσεων, το χαμηλό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο, η εκδήλωση αντικοινωνικής συμπεριφοράς ή η κατάχρηση ουσιών από τους ίδιους τους γονείς. Ένα άλλο στοιχείο που διαφοροποιεί τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ από τα παιδιά με

Διαταραχή της Διαγωγής είναι τα κίνητρα της συμπεριφοράς τους και η ύπαρξη σκοπιμότητας σε αυτήν.

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά παρουσιάζουν αντιδραστική συμπεριφορά επειδή αδυνατούν να ελέγξουν την παρορμητικότητά τους και επειδή έχουν μάθει να αλληλεπιδρούν με τους γονείς τους στη βάση μιας αρνητικής ενίσχυσης. Αντίθετα, τα κίνητρα της συμπεριφοράς των παιδιών με Διαταραχή της Διαγωγής χαρακτηρίζονται συχνά από σκοπιμότητα (Luiselli, 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Συχνότερη ωστόσο είναι η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ και άλλων διαταραχών διασπαστικής συμπεριφοράς, η οποία μάλιστα φαίνεται να δυσχεραίνει εξαιρετικά την κατάσταση και να αποτελεί ένδειξη κακής πρόγνωσης.

Η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από τη διπολική διαταραχή και τις άλλες διαταραχές της διάθεσης βασίζεται κυρίως στη συνέντευξη με τους γονείς. Η ΔΕΠ-Υ είναι μια χρόνια διαταραχή, ενδείξεις της οποίας εμφανίζονται πριν από την ηλικία των 7 ετών και στη βάση της οποίας ενδέχεται να εμφανιστούν προβλήματα συμπεριφοράς. Οι διαταραχές της διάθεσης χαρακτηρίζονται από οξέα επεισόδια απότομης μεταβολής της διάθεσης, εμφανίζονται συνήθως μετά την ηλικία των 12 ετών και παρουσιάζονται ως μια σημαντική και ξαφνική αλλαγή στη συνήθη συμπεριφορά και τη συναισθηματική κατάσταση του παιδιού (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Επίσης, θα πρέπει να γίνεται διαφοροδιάγνωση και με τα ψυχικά νοσήματα που ενδεχομένως έχουν παρόμοια συμπτώματα με τη ΔΕΠ-Υ. Αυτά αποτελούν τη Νοητική Υστέρηση, το Γενικευμένο Άγχος, τις Διαταραχές Συναισθήματος, τον Αυτισμό, τις Ψυχώσεις και τις Διαταραχές προσωπικότητας. Τα οργανικά νοσήματα που είναι κυρίως ο Υπερθυρεοειδισμός, η Υποκλινική επιληψία, τα αρχικά στάδια νευροεκφυλιστικών νοσημάτων, οι όγκοι του εγκεφάλου και τα Σύνδρομα Kleinfelter, Williams, Angelman και Sotos. Τέλος, πρέπει να γίνεται διαφοροδιάγνωση και με τα συμπτώματα της παιδικής και εφηβικής παραμέλησης, τη δυσλειτουργία της οικογένειας και τέλος τις διαταραχές συμπεριφοράς, τη χρήση καπνού και αλκοόλ και τη σχολική αποτυχία (Upadhyaya, 2005).

Ωστόσο, όπως έχουμε ήδη επισημάνει, σε πολλές περιπτώσεις το βασικό ερώτημα του ειδικού δεν είναι αν τα συμπτώματα του παιδιού αντικατοπτρίζουν την

ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ ή κάποιας άλλης διαταραχής, αλλά η συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ με κάποια άλλη διαταραχή. Η αλληλεπίδραση της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές επηρεάζει σημαντικά το βαθμό σοβαρότητας των προβλημάτων του παιδιού, την προτεραιότητα των στόχων της θεραπευτικής παρέμβασής και την έκβαση των προβλημάτων αυτών στην εφηβεία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τελειώνοντας το κεφάλαιο της Διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ, συμπεραίνεται ότι, η διάγνωση αποτελεί ένα σπουδαίο παράγοντα για την ομαλή έκβαση αυτής της διαταραχής αλλά και για την αντιμετώπισή της. Η ποικιλία των μέσων αξιολόγησης και των διαγνωστικών εργαλείων που υπάρχουν για τη διεξαγωγή της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ με τη πάροδο του χρόνου φαίνονται να έχουν τροποποιηθεί και εξελιχθεί, αλλάζοντας έτσι τα δεδομένα των πληροφοριών σχετικά με τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ αλλά των τρόπων διεξαγωγής της διαδικασίας της διάγνωσης. Τα διαγνωστικά κριτήρια είτε με το DSM-IV, είτε με το ICD-10, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη εφόσον υπάρχει ο κίνδυνος οι ερευνητές να οδηγηθούν σε λανθασμένες εντυπώσεις. Επίσης, χωρίς την κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση κανένας ειδικός δεν είναι σε θέση να διαγνώσει μια τέτοια διαταραχή, αφού η ποικιλία των συνοδών προβλημάτων και διαταραχών που παρουσιάζουν τα ίδια συμπτώματα με τη ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό να μπερδέψουν και να αποτελέσουν σοβαρά λάθη για τους ειδικούς οι οποίοι είναι οι αρμόδιοι για ένα τέτοιο έργο.

Τέλος, πρέπει να επισημανθεί ότι η διαδικασία της Διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ αποτελεί ένα κρίσιμο στάδιο τόσο για το παιδί και την οικογένειά του, όσο και για τον ειδικό που είναι υπεύθυνος για το έργο αυτό. Η πληροφόρηση της οικογένειας ότι το παιδί τους παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως μια δυσάρεστη διαδικασία για αυτούς αλλά και για το παιδί τους και θα πρέπει οι ειδικοί να την αντιμετωπίσουν με επαγγελματικότητα, ευαισθησία και υπευθυνότητα. Έχοντας υπόψη τους οι ειδικοί ότι η «αποκάλυψη» της αλήθειας στους γονείς είναι μια επίπονη διαδικασία θα πρέπει να έχουν κατά νου ότι δεν έχουν περιθώρια για λάθη και ότι ο η διάγνωση ότι το παιδί παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ, είναι η αρχή και η βάση του ξεκινήματος των διαδικασιών για την κατάλληλη αντιμετώπισή της.

7. Τα Χαρακτηριστικά Συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ

Τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα που αφορούν την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής είναι η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα και η έλλειψη προσοχής. Η έρευνα γύρω από το θέμα έχει δείξει πως αυτά τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ παρέμειναν σταθερά στο χρόνο και δεν άλλαξαν (Munden & Arcelus, 1999).

Ο καθηγητής Michael Gordon περιγράφει αυτά τα συμπτώματα με τον εξής τρόπο: «Τα προβλήματα έλλειψης προσοχής είναι μια κατάσταση που τους κάνει να είναι ανίκανοι να κρατήσουν τους εαυτούς τους μακριά από οτιδήποτε έρχεται στον δρόμο τους είτε αυτά είναι φωνές, ιδέες και συμπεριφορές. Ο αντιπερισπασμός, η ανικανότητα τους να κάνουν μελλοντικά σχέδια, η μη οργάνωση, τα προβλήματα με τους συνομηλίκους, φαίνεται να τους κάνουν ανίκανους να προβλέψουν τις επιπτώσεις όλων αυτών με αποτέλεσμα να τους κάνει ανίκανους να «περιμένουν». Αυτά είναι η «καρδιά» της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής» (Gordon, 1995, p.1-14 παραπομπή στο Munden & Arcelus, 1999).

Τα υπερκινητικά παιδιά όμως δεν υποφέρουν από κάθε σύμπτωμα το οποίο θα περιγραφεί παρακάτω, την ίδια ώρα και την αυτή στιγμή – τα συμπτώματα διαφέρουν σε αριθμό και ένταση. Από την εφηβεία ή και νωρίτερα μερικά παιδιά δείχνουν να βελτιώνονται. Όμως, από την περιορισμένη γνώση περί των ενηλίκων υπερκινητικών, συμπεραίνουμε ότι υπάρχει αναμφισβήτητα ένας αριθμός προβλημάτων που παραμένουν, όπως η αϋπνία, αφύσικη δίψα, έλλειψη ικανότητας αυτοσυγκέντρωσης.

Από έρευνες της HCSG (Ομάδα Βοήθειας Υπερκινητικών Παιδιών – Ο.Β.Υ.Π. παραπομπή στο Barnes & Colguhoun, 1992) φαίνεται πως πολλά υπερκινητικά παιδιά προέρχονται από οικογένειες με ιστορικό «αλλεργιών», αλλεργικής καταρροής, εκζέματος, άσθματος και κατά μεγάλο ποσοστό από μητέρες με ημικρανίες. Τα υπερκινητικά παιδιά δείχνουν άλλοτε να υποφέρουν από «κολικό» σαν μωρά, άλλοτε από έκζεμα, άσθμα ή ωτορινολαρυγγολογικά και στομαχικά προβλήματα. Αυτό συμβαίνει γιατί το ανοσοποιητικό τους σύστημα δεν είναι εντελώς ανεπτυγμένο (Barnes & Colguhoun, 1992).

Διακρίνονται τέσσερα χαρακτηριστικά συμπτώματα των υπερκινητικών παιδιών: (Μάρκου, 1994).

A. Κινητική Υπερδραστηριότητα

Το πιο χαρακτηριστικό και τυπικό σύμπτωμα είναι η διαρκής κινητική ανησυχία και υπερδραστηριότητα. Το υπερκινητικό παιδί συνεχώς σηκώνεται όρθιο, κάθεται, κατεβαίνει κάτω από το θρανίο, μιλά με τους διπλανούς για το παραμικρό, τα πόδια του τρέμουν διαρκώς και πάντα είναι απασχολημένο με κάτι. Η συμπεριφορά του στην κίνηση είναι βιαστική, άγαρμπη, αδέξια. Ησυχάζει μόνο μετά από μεγάλη πίεση ή κούραση, π.χ. μετά από έντονη άσκηση ή όταν βλέπει τηλεόραση ή ακούει μουσική, αλλά και τότε όχι εντελώς.

B. Προσοχή μικρής διάρκειας

Πολλοί γονείς έχουν προσέξει ήδη από τη νηπιακή ηλικία ότι το υπερκινητικό παιδί τους δεν ολοκληρώνει αυτό που άρχισε, αλλάζει συνεχώς είδος παιχνιδιού ή αρχίζει άλλη δραστηριότητα. Αυτό μπορεί να παρατηρηθεί εμφανώς στον παιδικό σταθμό ή στο νηπιαγωγείο, όπου υπάρχουν αρκετά παιχνίδια τα οποία απαιτούν κάποια διάρκεια στην απασχόληση. Οι μεγάλες δυσκολίες βέβαια εμφανίζονται στο δημοτικό σχολείο, όπου οι εργασίες απαιτούν διάρκεια προσοχής.

Γ. Η παρορμητικότητα στο γνωστικό τομέα

Το χαρακτηριστικό αυτό σύμπτωμα της υπερκινητικότητας μπορούμε να το παρατηρήσουμε ιδιαίτερα στη λύση γλωσσικών ασκήσεων και μαθηματικών προβλημάτων ή στο μάθημα των Τεχνικών: τα υπερκινητικά παιδιά αρχίζουν αμέσως να ενεργούν χωρίς να σκέφτονται τι πρέπει να κάνουν. Τα διακρίνει μια χαρακτηριστική παρορμητικότητα. Αυτό έχει αρνητική επίδραση στην επίδοσή τους στην ορθογραφία, στα μαθηματικά και στις χειροκατασκευές όπου κάνουν τα πιο απίθανα λάθη.

Δ. Συναισθηματική Αστάθεια

Η συναισθηματική αστάθεια αποτελεί το μεγαλύτερο πρόβλημα στα υπερκινητικά παιδιά σε μακροπρόθεσμη βάση. Παρατηρούνται έντονες ταλαντεύσεις στην ψυχική τους διάθεση. Έτσι, ενώ βρίσκονται αρχικά σε καλή ψυχική διάθεση, που εκφράζουν με χαρά και χαμόγελα, λίγο αργότερα νευριάζουν, γίνονται επιθετικά ή κλαίνε. Τη μια στιγμή γελούν και παίζουν ευχάριστα με το διπλανό τους, την άλλη

διαπληκτίζονται μαζί του για ασήμαντες αφορμές και τον βρίζουν. Αυτή η κατάσταση τα οδηγεί στην απομόνωση από τους συμμαθητές τους και στο στιγματισμό τους με βαρείς χαρακτηρισμούς. Αν αυτό το σύμπτωμα δεν θεραπευτεί έγκαιρα, οι δυσκολίες στον κοινωνικό περίγυρο θα είναι μεγάλες (Μάρκου, 1994).

Επίσης, τα χαρακτηριστικά συμπτώματα των υπερκρινητικών παιδιών μπορούν να καταταγούν σε τρεις μεγάλες ομάδες (Barnes & Colguhoun, 1992):

ΟΜΑΔΑ ΠΡΩΤΗ

Ανωμαλίες στη συμπεριφορά

1. Κινείται συνεχώς, περπατάει στις μύτες, τρέχει δεν περπατάει, χοροπηδάει ή χτυπάει νευρικά τα πόδια του, κουνιέται στο κρεβάτι του και χτυπάει το κεφάλι του.
2. Ευερέθιστη, παρορμητική συμπεριφορά, απρόβλεπτη συμπεριφορά, πανικοβάλλεται εύκολα, κλαίει συχνά και εύκολα, μεμψίμοιρο και προσκολλιέται σε άλλους, δεν ανέχεται αποτυχία και απογοήτευση, ζητά άμεση ικανοποίηση των απαιτήσεών του, μειωμένη ικανότητα να απολαμβάνει ευχαρίστηση.
3. Άχαρες συνήθειες ύπνου, εφιάλτες, κοιμάται δύσκολα, ξυπνάει εύκολα, φωνάζει στον ύπνο του, φοβάται τον ύπνο, συχνά διψάει αφύσικα.
4. Μικρή διάρκεια προσοχής, ανικανότητα αυτοσυγκέντρωσης, πηδάει από το ένα αντικείμενο στο άλλο.
5. Παρορμητική επιθετικότητα, αναστάτωση στο σπίτι και στο σχολείο, καταναγκαστική παρόρμηση να αγγίζει τους πάντες και τα πάντα, ενοχλεί τα άλλα παιδιά, πειράζει μικρά ζώα, καταστρέφει παιχνίδια, αντικείμενα, οικιακής χρήσης κλπ.
6. Δεν μπορεί να σταματήσει να δρα, ακόμα και όταν απειλείται η ζωή του, η τιμωρία δεν ωφελεί (οδηγεί σε ματαίωση ή θυμό), ακρωτηριάζει.
7. Δαγκώνει, γδέρνει, τσιμπάει, μπορεί να προκαλέσει σωματική βλάβη.
8. Σε μεγαλύτερα παιδιά: ψεύδεται, χρησιμοποιεί άσχημη γλώσσα, κλέβει, διαπράττει εμπρησμούς (περιστασιακά), ζει αποτραβηγμένο, παραβαίνει το νόμο και μαλώνει με συνομηλίκους.

ΟΜΑΔΑ ΔΕΥΤΕΡΗ

Μυϊκά προβλήματα

1. Μεγάλοι μύες, άγαρμπες κινήσεις, σκοντάφτει όταν περπατάει, συγκρούεται με αντικείμενα, δεν μπορεί να αθληθεί, να κάνει ποδήλατο, να κολυμπήσει.
2. Λεπτοί μύες, κακός συντονισμός ματιών-χεριών, δυσκολίες στο κούμπωμα, δέσιμο, σφίξιμο, γράψιμο, ζωγραφική, προφορικές δυσκολίες, τραύλισμα, ψεύδισμα, προβλήματα στην προφορά και στο διάβασμα.

ΟΜΑΔΑ ΤΡΙΤΗ

Κλινικά δείγματα διαταραχής στη μάθηση και στην αντίληψη

1. Μειονεξία ακουστικής αντίληψης
2. Μειονεξία οπτικής αντίληψης
3. Φτωχή κατανόηση δεδομένων
4. Διαταραχή στον προσανατολισμό (πάνω, κάτω, δεξιά, αριστερά)
5. Δυσκολίες στο συλλογισμό (απλά μαθηματικά προβλήματα, νόημα λέξεων)

Πρέπει να σημειωθεί πως αυτά τα συμπτώματα τα οποία έχουν περιγραφεί πιο πάνω διαφέρουν από παιδί σε παιδί και είναι πιθανό να μην συνυπάρχουν όλα μαζί στο ίδιο άτομο. Υπάρχουν παιδιά με κύριο χαρακτηριστικό τη συναισθηματική αστάθεια, ενώ δεν αντιμετωπίζουν δυσκολίες στη μάθηση. Πάντως, αρκετές φορές είναι δύσκολο να διακρίνει τα υπερκινητικά παιδιά από τα άλλα. Ακόμη και η ιατρική αδυνατεί να κάνει ακριβή διάγνωση. Οι γιατροί βασίζονται κυρίως στο ιστορικό που παίρνουν από τους γονείς, τους παιδαγωγούς και νηπιαγωγούς και τους δασκάλους (Μάρκου, 1994).

Είναι γεγονός ότι τα παιδιά με διαταραχές συγκέντρωσης προσοχής υποφέρουν από την κατάσταση αυτή – στις περισσότερες περιπτώσεις δεν μπορούν σχεδόν καθόλου να αλλάξουν τη συμπεριφορά τους με τις δικές τους δυνάμεις και όταν δεν βρίσκουν κατανόηση και στήριξη εκδηλώνουν άλλες διαταραχές συμπεριφοράς, που μπορεί να οδηγήσουν σε περιθωριακές καταστάσεις (Κυπριωτάκη, 2004).

8. Παράγοντες που επηρεάζουν την εκδήλωση των Συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και καταστάσεις εκδήλωσής τους

Τα τελευταία περίπου πέντε χρόνια, η επιστημονική έρευνα έχει οδηγηθεί στο να ανακαλύψει πιθανά πρώιμα σημάδια ή παράγοντες που μπορεί να αποδείξουν ότι ένα παιδί θα αναπτύξει ΔΕΠ-Υ. Οι έρευνες αποδεικνύουν πως τα πρώιμα σημάδια φυσικών ανωμαλιών στα νεογέννητα, φαίνεται να έχουν κάποια σχέση με σοβαρές συμπεριφορές υπερκινητικότητας τις οποίες μπορεί να αναπτύξουν στη μετέπειτα ζωή τους.

Οι παράγοντες οι οποίοι μελετήθηκαν και οι οποίοι δείχνουν ότι ένα νεογέννητο μπορεί να πάσχει από τη ΔΕΠ-Υ, είναι συνήθως τα προβλήματα τροφής, ύπνου και η ευερεθιστότητα στη διάθεση. Σύμφωνα με τον ερευνητή Paul Nichols από το National Institutes of Health (1980), ο οποίος εξέτασε ένα αριθμό από μεταβλητές που μπορεί να αφορούν την εμφάνιση συμπτωμάτων υπερκινητικότητας, σε ένα μεγάλο αριθμό παιδιών από τη κύηση της μητέρας μέχρι τα 7 τους χρόνια ηλικίας, βρέθηκε πως υπάρχει μεγάλη στατιστική σημαντικότητα με την εμφάνιση της υπερκινητικότητας το κάπνισμα της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, τις επιπλοκές της γέννας, την παρουσία συμπτωμάτων υπερκινητικότητας σε συγγενείς και την απουσία του πατέρα από το σπίτι (Nichols, 1980 παραπομπή στο Barkley, 1982, σελ: 32).

Επίσης, άλλες έρευνες έδειξαν πως τα ψυχιατρικά προβλήματα των γονιών, η επαφή με το παιδί, ο αλκοολισμός και η υστερία απαντώνται πολύ πιο συχνά σε γονείς με παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠ-Υ από ότι σε φυσιολογικά παιδιά. Αυτό δείχνει πως το ιστορικό των γονιών, ο αλκοολισμός και τα συναισθηματικά προβλήματα στη εφηβεία είναι χρήσιμοι παράγοντες που δείχνουν ποιες οικογένειες είναι πιθανό να κάνουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Barkley, 1982).

Παρόλα αυτά, σύμφωνα με τους Barnes & Colguhoun (1992), πολλοί παράγοντες που έχουν εισβάλλει πρόσφατα στο περιβάλλον, δείχνουν ότι συμβάλουν στη επιδημία της υπερκινητικότητας.

8.1. Μόλυνση από βαριά μέταλλα

Τα βαριά μέταλλα, ο μόλυβδος για παράδειγμα, ανταγωνίζονται βασικά μέταλλα του σώματος, όπως ο ψευδάργυρος, το μαγνήσιο και το χρώμιο, τα οποία ενεργοποιούν συστήματα ενζύμων. Από τη σύλληψή του, το παιδί βρίσκεται σε κίνδυνο εξαιτίας της μόλυνσης από βαριά μέταλλα. Για παράδειγμα, η περιεκτικότητα σε μόλυβδο του αέρα που αναπνέουμε έχει αυξηθεί απότομα εξαιτίας της υψηλότερης περιεκτικότητας των καυσίμων σε μόλυβδο και της αύξησης των αυτοκινήτων.

Ο υπερβολικός μόλυβδος, όπως και ο χαλκός, στο σώμα της μητέρας μπορεί να επηρεάσει το νευρικό σύστημα ενός παιδιού πριν από τη γέννησή του, όπως και το κάδμιο από το κάπνισμα και το αλουμίνιο από τα φαγητά μαγειρεμένα σε κατσαρόλες αλουμινίου.

8.2. Βιομηχανοποιημένη γεωργία

Η βιομηχανοποιημένη γεωργία έχει οδηγήσει σε μια τρομακτική συλλογή χημικών ανισορροπιών στη διατροφή μας. Τα υπεραπλουστευμένα λιπάσματα για τον εμπλουτισμό του εδάφους, που περιέχουν κυρίως άζωτο, φώσφορο και κάλιο, ενθαρρύνουν την ταχεία ανάπτυξη των φυτών, γεγονός το οποίο αλλοιώνει την περιεκτικότητά τους σε μεταλλικά ιχνοστοιχεία. Τα φυτά αναπτύσσονται με αφύσικο ρυθμό και δεν συγκεντρώνουν τις συνηθισμένες ποσότητες ιχνοστοιχείων, όπως ο ψευδάργυρος, το μαγνήσιο, το χρώμιο, το σελήνιο και το μαγγάνιο. Αυτό σημαίνει ότι υπάρχει χαμηλότερη περιεκτικότητα των τροφών σε μεταλλικά ιχνοστοιχεία.

Τα μη βιοδασπώμενα εντομοκτόνα έχουν σχεδιαστεί για να καταστρέφουν τη χολίνη στο σώμα του εντόμου, εμποδίζοντας τη συγκέντρωση μαγγανίου (απαραίτητο για τη σωματική λειτουργία του νευρικού συστήματος) γεγονός το οποίο τα σκοτώνει. Τέτοια εντομοκτόνα έχουν παρόμοια αθροιστική επιρροή και στο ανθρώπινο σώμα. Έλλειψη μαγγανίου συναντάται αρκετά συχνά στα υπερκινητικά και στα αλλεργικά παιδιά. Τα παρασιτοκτόνα σκοτώνουν τα μακροβακτηρίδια στην επιφάνεια του εδάφους εμποδίζοντας την απορρόφηση τους. Τα μακροβακτηρίδια διευκολύνουν τη συγκέντρωση μετάλλων.

Τα αντιβιοτικά στο γάλα και στο κρέας προέρχονται από δόσεις ρουτίνας, οι οποίες δίνονται στα ζώα για να εμποδιστούν οι μεταδοτικές ασθένειες. Τα αντιβιοτικά καταστρέφουν την εντερική χλωρίδα (βακτηρίδια αναγκαία για τη χώνεψη) στα ανθρώπινα σπλάχνα, επεμβαίνοντας συνεπώς στην κανονική χώνεψη και αφομοίωση της τροφής. Επιπλέον, χρησιμοποιούνται ορμόνες για να αυξηθεί γρήγορα το βάρος των ζώων. Τα φρούτα ψεκάζονται με χημικά για να εμποδιστεί το γρήγορο σάπισμά τους. Όλα αυτά τα χημικά, καθώς και όσα προστίθενται από τους κατασκευαστές τροφίμων, συμβάλλουν σε ένα τρομερό βομβαρδισμό του ανώριμου παιδικού στομαχιού και του κεντρικού νευρικού συστήματος.

8.3. Αλκοόλ

Η κατανάλωση οινοπνεύματος έχει αυξηθεί τα τελευταία 20 με 30 χρόνια, κυρίως ανάμεσα στις νεαρές γυναίκες. Έχει αποδειχθεί πως η χρήση οινοπνεύματος, κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, μπορεί να έχει σαν αποτέλεσμα την υπερκινητικότητα μέχρι και καθυστέρηση στο παιδί. Η ακριβής ποσότητα οινοπνεύματος – αν υπάρχει- η οποία μπορεί να καταναλωθεί κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης χωρίς κίνδυνο, δεν είναι ακόμα γνωστή.

8.4. Τεχνητά πρόσθετα-Φάρμακα

Επίσης, άγνωστη είναι η ακριβής επίδραση από τεχνητά χημικά χρώματα, μυρωδικά, συντηρητικά και άλλα χημικά πρόσθετα. Προϊόντα όπως γλουταμινικό μονονάτριο, προστίθενται στα τρόφιμα όχι για να τα βελτιώσουν, αλλά για να ερεθίσουν τεχνητά τη γεύση του καταναλωτή. Πολλά από αυτά τα πρόσθετα μπορεί να καταναλωθούν όλα μαζί μέσα σε μία μέρα. Η επίδραση τέτοιων συνδυασμών δεν έχει ποτέ ερευνηθεί επιστημονικά, όμως έχει εξακριβωθεί ότι τέτοια πρόσθετα σχετίζονται με την υπερκινητικότητα στα παιδιά.

Όσο αφορά τα φάρμακα, είναι γνωστό πως κάποια από αυτά, όπως τα ηρεμιστικά, έχουν τελείως αντίθετη επίδραση στο υπερκινητικό παιδί. Αυτό που μπορεί να μην είναι γνωστό είναι ότι σε πολλές μεγάλες πόλεις το νερό της βρύσης έχει «καθαριστεί» και

ανακυκλωθεί πολλές φορές. Στο πόσιμο νερό μπορεί να βρεθούν κατάλοιπα φαρμάκων που προέρχονται από τα ούρα αυτών που τα καταναλώνουν. Όταν το νερό ανακυκλώνεται για παραπέρα χρήση, μπορεί να μην είναι τελείως ασφαλές.

Όλοι αυτοί οι ρύποι, και χωρίς αμφιβολία πολλοί άλλοι, τους οποίους δεν γνωρίζουμε, συνδυάζονται προκαλώντας μια καταστροφική επίδραση στο ανώριμο νευρικό σύστημα του σημερινού παιδιού.

8.5. Ανεπάρκεια θρεπτικών στοιχείων

Την ίδια στιγμή, καθώς ένας συνεχώς αυξανόμενος αριθμός χημικών προστίθεται στην καθημερινή μας διατροφή και στο πόσιμο νερό, η έρευνα δείχνει πως σημαντικά θρεπτικά συστατικά χάνονται από βασικές τροφές κατά την επεξεργασία. Τα ανεξέλεγκτα περιβαλλοντικά δηλητήρια και οι διαιτητικές ελλείψεις μπορούν να επιφέρουν τέτοια καταστροφή στο νευρικό σύστημα ενός μικρού παιδιού, ώστε αυτό το παιδί από μωρό να επιδείξει μια ασυνήθιστη συμπεριφορά, που σε ένα ενήλικο θα χαρακτηριζόταν ως διανοητική ασθένεια βαριάς μορφής. Η συμβίωση με κάποιον που είναι ανίκανος να σταθεί ακίνητος, να κοιμηθεί, να ανταποκριθεί στην τρυφερότητα, να επιτύχει απλούς στόχους, με κάποιον που υπόκειται σε ανεξέλεγκτους θυμούς, που μπορεί συνεχώς να θέτει τον εαυτό του και τους άλλους σε κίνδυνο, ενώ δεν ανταποκρίνεται σε παρακλήσεις, είναι ένας συναισθηματικός μαραθώνιος (Barnes & Colguhoun, 1992).

Όλα αυτά αλλά και πολλά άλλα, παίζουν ένα πολύ σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση αυτής της διαταραχής με μεγαλύτερη βαρύτητα το στενό περιβάλλον του παιδιού. Όλοι αυτοί οι παράγοντες μπορούν να συνδυαστούν και να προκαλέσουν μεγάλη ζημιά σε ένα παιδί με αποτέλεσμα την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Τόσο τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ όσο και οι παράγοντες που συμβάλλουν στην εμφάνισή της είναι στοιχεία τα οποία, πρέπει να εκτιμούνται από τους ειδικούς έτσι ώστε να αποφεύγονται οι παραλείψεις και τα λάθη. Φυσικά όλα αυτά τα χαρακτηριστικά και οι παράγοντες δεν αποτελούν στοιχεία μόνο για τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ, αλλά μπορεί να αποτελούν και θέματα άλλων διαταραχών οι οποίες μπορεί να εμφανίζονται ως αποτέλεσμα αυτών των παραγόντων ή να παρουσιάζουν αυτά τα χαρακτηριστικά.

9. Τα Συνοδά Προβλήματα της ΔΕΠ-Υ

9.1. Εισαγωγικά

Οι δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν περιορίζονται στα πρωτογενή συμπτώματα της απροσεξίας, της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας. Είναι πολύ πιθανό, τα παιδιά αυτά να παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς, αναπτυξιακές δυσκολίες, διαταραχές των γνωστικών λειτουργιών και της συναισθηματικής ανάπτυξης καθώς επίσης και μαθησιακές δυσκολίες. Τέτοιου είδους δυσκολίες όμως δεν αντιμετωπίζουν υποχρεωτικά όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αν και αυτά είναι περισσότερο πιθανό να τις παρουσιάσουν σε σύγκριση με τα «φυσιολογικά» παιδιά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Συχνά εκδηλώνονται συγχρόνως με τα συμπτώματα διαταραχών συγκέντρωσης της προσοχής, συμπτώματα που χαρακτηρίζουν άλλα σύνδρομα. Στις περιπτώσεις που τα σύνδρομα αυτά είναι εντελώς ανεξάρτητα μεταξύ τους, τότε πρόκειται για σύμπτωση. Όταν όμως υπάρχουν ενδείξεις, ότι αυτές οι διαφορετικές εικόνες έχουν ενδεχομένως κοινά αίτια και κοινή χρονική σχέση, τότε γίνεται λόγος για συνακολουθία. Η κοινή εμφάνιση των διάφορων εικόνων διαταραχών είναι σημαντική για τη διαφορική διάγνωση και τη θεραπευτική υποστηρικτική παρέμβαση. Η διάγνωση δεν σταματά με τη διαπίστωση των διαταραχών της συγκέντρωσης της προσοχής, αλλά συνεχίζεται για την ανίχνευση και εντοπισμό άλλων διαταραχών. Είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπόψη κατά την αντιμετώπιση του προβλήματος των διαταραχών της συγκέντρωσης της προσοχής και όλες οι άλλες περιοχές διαταραχών, που συνδέονται από άποψη αιτιολογίας και χρόνου εμφάνισης με τις διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής (Reuner & Oberle, σε Fitzner & Stark, 2000 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

Η νοητική ανάπτυξη είναι ένας από τους τομείς ανάπτυξης του παιδιού ο οποίος επηρεάζεται με την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ. Σχεδόν όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα οποία παραπέμπονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν μειωμένες σχολικές επιδόσεις σε σχέση με το νοητικό τους επίπεδο. Οι μειωμένες σχολικές τους επιδόσεις φαίνεται να σχετίζονται με την απροσεξία, την παρορμητικότητα και την ανησυχία την οποία παρουσιάζουν τόσο μέσα στη τάξη όσο και κατά τη διάρκεια της μελέτης στο σπίτι.

Λόγω των μαθησιακών δυσκολιών τις οποίες αντιμετωπίζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, τουλάχιστον το 56% από αυτά θα χρειαστεί τη βοήθεια του ειδικού, το 30% περίπου ίσως επαναλάβει κάποια τάξη και 30% ίσως φοιτήσει σε κάποια ειδική ή παράλληλη τάξη. Επίσης, ένα ποσοστό 10-35% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να εγκαταλείψει το σχολείο (Κάκουρος, 1998· Faraone et al., 1993 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Οι ερευνητές έχουν διαπιστώσει επίσης ότι το 30-80% των παιδιών που ανταποκρίνονται στα κριτήρια για τη διάγνωση της δυσλεξίας παρουσιάζει και τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (McGee & Share, 1988 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Τα παιδιά όμως με ΔΕΠ-Υ που δεν παρουσιάζουν τα συμπτώματα της δυσλεξίας, η βλάβη συνήθως αφορά τις διαδικασίες εκτελεστικού ελέγχου, ενώ σε πληθυσμούς δυσλεξικών παιδιών που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, η βλάβη αφορά βασικά τη φωνολογική ενημερότητα (Pennington, 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Η ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας είναι ένας άλλος τομέας στον οποίο τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ειδικές δυσκολίες. Σε ορισμένες επιδημιολογικές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι το 6-35% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αργεί να μιλήσει (Hartsough & Lambert, 1985· Szatmari et al., 1989b παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Ανεξάρτητα όμως από την ενδεχόμενη καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου, το 10-15% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει δυσκολίες στον προφορικό λόγο (Baker & Cantwell, 1987 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Για ορισμένους ερευνητές, μάλιστα, οι δυσκολίες αυτές σχετίζονται άμεσα με τα ελλείμματα που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ στη διαδικασία της προσοχής (Baird et al., 2000 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Εκτιμάται επίσης ότι τα προβλήματα ομιλίας στις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί συχνά να σχετίζονται με δυσκολίες ακουστικής διάκρισης ή με τη δυσκολία αποτελεσματικής επικέντρωσης της προσοχής σε ένα ορισμένο ακουστικό ερέθισμα. Πολλές φορές, τα ίδια προβλήματα που αντιμετωπίζουν στην εκφορά του προφορικού λόγου είναι πιθανό να εκδηλώνονται και στο γραπτό τους λόγο. Φαίνεται λοιπόν ότι οι δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σχετίζονται

άμεσα και με τις μαθησιακές δυσκολίες τις οποίες πολλές φορές αντιμετωπίζουν (Beitchman et al., 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Όσον αφορά τον τομέα της κινητικής ανάπτυξης, στο 52% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ διαπιστώνεται φτωχός συντονισμός των κινήσεων (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Επίσης τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά παρουσιάζουν πιο αργές αντιδράσεις στην αδρή κινητικότητα (Shaywitz & Shaywitz, 1984 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005) ενώ παράλληλα έχουν περισσότερες δυσκολίες συντονισμού σε δραστηριότητες οι οποίες απαιτούν λεπτή κινητικότητα και γενικότερα αυξημένο έλεγχο των κινητικών αντιδράσεων (Barkley et al., 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά μειονεκτούν σε σχέση με τα «φυσιολογικά» παιδιά ως προς την ικανότητα ακριβούς εκτίμησης του χρόνου (Dooling –Liftin, 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005) και περιγράφονται ως επιρρεπή σε ατυχήματα σε ποσοστό μέχρι και 57% (Hartsough & Lambert, 1985 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Τέλος, έχει διαπιστωθεί ότι το 53-64% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει προβλήματα στον ύπνο σύμφωνα με τις αναφορές των γονέων τους (Ball et al., 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Είναι φανερό το γεγονός ότι, όσο πιο πολύ ασχολείται κανείς με τις διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής, τόσο περισσότερο αναρωτιέται για το τι άλλο μπορεί να έχουν αυτά τα παιδιά. Είναι σαφές ότι κάθε επιπρόσθετη διαταραχή δημιουργεί ιδιαίτερες επιπρόσθετες απαιτήσεις στον προγραμματισμό, στην οργάνωση και στις τεχνικές αντιμετώπισης (Reuner & Oberle, σε Fitzner & Stark, 2000 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004). Στη συνέχεια θα περιγραφούν μερικά συνακόλουθα – συνοδά σύνδρομα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής - Υπερκινητικότητα.

9.2. Σωματικά Συνοδά Προβλήματα

Περίπου, ο μισός πληθυσμός των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ποικιλόμορφες δυσκολίες στο συντονισμό των κινήσεων. Μερικά από αυτά, έχουν περιορισμένο έλεγχο των λεπτών και αδρών κινήσεων. Για παράδειγμα, έχουν δυσκολίες στη ζωγραφική, στο κόψιμο με το ψαλίδι, στο να δένουν τα κορδόνια των παπουτσιών τους και να κουμπώνουν τα ρούχα τους. Επίσης, η γραφή είναι μια διαδικασία πολύ επώδυνη για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και συχνά αναφέρουν, πως είναι σαν μια αγγαρεία. Ο συνδυασμός του φτωχού συντονισμού των κινήσεων και η αποτυχία του τρόπου γραφής τους οδηγεί σε μια δυσανάγνωστη γραμμένη κόλλα, με λέξεις να ξεπερνούν τις γραμμές του τετραδίου, τα περιθώρια της σελίδας και ένα σωρό άλλα.

Άλλα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρουσιάζουν πιο ελαφριάς μορφής δυσκολίες με την ισορροπία-για παράδειγμα στο να καθαλικεύουν ένα ποδήλατο. Επίσης, μπορεί να είναι αδέξια στο να πετάνε και να αρπάζουν την μπάλα ή να παρουσιάζουν δυσκολίες στο να παίζουν τένις και μπίτζμπολ. Παρ' όλα αυτά δεν είναι απαραίτητο όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να παρουσιάζουν τέτοιες δυσκολίες, αντιθέτως, μπορεί να γίνουν εξαιρετικοί αθλητές. Τέτοιου είδους όμως δυσκολίες συνήθως είναι πιο «επώδυνες» για τα αγόρια, εφόσον είναι πιο σημαντικό για την αποδοχή της κοινωνίας οι αθλητές να είναι αγόρια παρά κορίτσια (Wender, 2000).

Σύμφωνα με τα σημερινά ερευνητικά δεδομένα μόνο το 35% των «φυσιολογικών» παιδιών διαπιστώνεται φτωχός συντονισμός των κινήσεων, ενώ στην ομάδα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ το αντίστοιχο ποσοστό φτάνει το 52% (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990· Szatmari et al., 1989 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Επιπλέον, σε νευρολογικούς ελέγχους των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εντοπίζονται συχνότερα ήπια σημεία τα οποία σχετίζονται με το συντονισμό των κινήσεων από ότι στα «φυσιολογικά» παιδιά. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν πιο αργές αντιδράσεις στην αδρή κινητικότητα (Carte et al., 1996· Shaywitz & Shaywitz, 1984 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000), ενώ όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω έχουν περισσότερες δυσκολίες συντονισμού σε δραστηριότητες που απαιτούν λεπτή κινητικότητα και γενικότερα αυξημένο έλεγχο κινητικών αντιδράσεων (Barkley et al., 1996· Seidman et al., 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Πρόσφατες έρευνες, κατέδειξαν επίσης ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, δυσκολεύονται να οργανώνουν τις αντιδράσεις τους. Αυτές οι δυσκολίες είναι ιδιαίτερα έκδηλες στις περιπτώσεις όπου συνυπάρχουν προβλήματα ανάγνωσης (Hall et al., 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Στο πλαίσιο της διαδικασίας της ιατρικής διάγνωσης διαπιστώνεται συχνά, ότι υπάρχουν κάποια σωματικά συνοδά προβλήματα που συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ, αλλά παρουσιάζονται τυπικά και σε άλλα σύνδρομα. Περίπου το 3-4% των παιδιών σχολικής ηλικίας έχει μειωμένη ακουστική ικανότητα. Η ανεπάρκεια αυτή, χωρίς αμφιβολία, έχει αρνητικές επιπτώσεις στην ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής και της μάθησης, καθώς, επίσης, και τη συμπεριφορά γενικότερα. Ομοίως, 5-6% των μαθητών πάσχει από στραβισμό και 6% έχει ασθενή όραση. Σε αυτές τις περιπτώσεις η έγκαιρη διάγνωση και η πρόωπη αντιμετώπιση είναι αποφασιστικής σημασίας για την ψυχική, συναισθηματική και κοινωνική εξέλιξη των παιδιών. Επίσης, η υπερλειτουργία του θυρωειδή μπορεί να προκαλέσει ερεθιστικότητα και διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής. Συνήθεις σύνοδες διαταραχές είναι εφίδρωση, υπερβολική ευαισθησία στη ζέστη, ευκοιλιότητα κ.α. Πρέπει να τονιστεί, πως η υπερλειτουργία του θυρωειδή κατά την παιδική ηλικία είναι σπάνιο φαινόμενο και δύσκολα τη συναντούν οι ειδικοί (Κυπριωτάκη, 2004).

Υπάρχουν διάφορα τικ και το σύνδρομο «Gilles de la Tourette» τα οποία μπορεί να εμφανιστούν ως συνοδά σωματικά προβλήματα που συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ. Τα τικ δημιουργούνται από αθέλητους σπασμούς μυών του ανώτερου μέρους κυρίως του σώματος (προσώπου, λαιμού, μυών). Κάποιες μορφές τικ είναι: το γρήγορο ανοιγοκλείσιμο βλεφάρων, τίναγμα κεφαλιού, διάφοροι μορφασμοί κ.α. Τικ υπάρχουν, επίσης, στην εκφορά του ήχου, όπως είναι π.χ. ο ξερόβηχας, σφύριγμα, ταυτόχρονα κίνηση μύτης και όσφρηση κ.α. Η παρουσία τικ στα παιδιά δημιουργεί στα ίδια και στους γονείς τους προβλήματα, γεγονός που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη στη διάγνωση και στα μέτρα αντιμετώπισης (Κυπριωτάκη, 2004).

9.3. Γνωστικά Συνοδά Προβλήματα

Ένας παράγοντας που επηρεάζει η ΔΕΠ-Υ στα παιδιά, είναι η νοητική ανάπτυξη. Σύμφωνα με τον Barkley (1995), η νοητική ανάπτυξη επηρεάζεται με δύο τρόπους: πρώτον σε μικρότερο βαθμό, επηρεάζει την απόκτηση των γνωστικών δεξιοτήτων, δεύτερον, σε μεγαλύτερο βαθμό, επηρεάζει την ικανοποιητική και αποτελεσματική αξιοποίηση των δεξιοτήτων που έχουν αποκτηθεί. Από τις επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε σταθμισμένα τεστ νοημοσύνης, ο Δείκτης Νοημοσύνης τους φαίνεται να υπολείπεται κατά 7-15 μονάδες από τον μέσον όρο των «φυσιολογικών» παιδιών της αντίστοιχης ηλικίας (Barkley, 1995· Faraone et al., 1993 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Όμως οι πιο διαδεδομένες νοομετρικές κλίμακες-όπως για παράδειγμα το WISC III και το Stanford-Binet- σε μεγάλο βαθμό αξιολογούν το επίπεδο των ακαδημαϊκών γνώσεων του παιδιού και απαιτούν ικανότητα παρατεταμένης συγκέντρωσης της προσοχής (Κάκουρος, 1996· Bohline, 1985 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Επιπλέον τα παιδιά που αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες έχουν συνήθως χαμηλότερες επιδόσεις σε νοομετρικές κλίμακες (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Οι διαφορές ανάμεσα στη νοημοσύνη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και σε αυτή των «φυσιολογικών» παιδιών δεν είναι πάντα πραγματικές και ότι οι σχετικά χαμηλότερες επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με νοομετρικές κλίμακες φαίνεται να σχετίζονται τόσο με τη δυσκολία τους να ανταποκριθούν σε ορισμένα υποτεστ των νοομετρικών κλιμάκων, όπου απαιτείται αυξημένη ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής, όσο και με τις μαθησιακές δυσκολίες που συχνά αντιμετωπίζουν αυτά τα παιδιά (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Έχει διαπιστωθεί, με βάση στατιστικά δεδομένα, ότι τα αγόρια με νοητική ανεπάρκεια είναι αριθμητικά, σε σύγκριση με τα κορίτσια, πολύ περισσότερα. Για τη διαφορά αυτή θεωρείται υπεύθυνο το σύνδρομο του εύθραυστου – Χ χρωμοσώματος ή όπως αλλιώς ονομάζεται το «σύνδρομο Martin-Bell». Η συχνότητα του συνδρόμου παρουσιάζεται μια φορά στις δυο χιλιάδες 1:2000, στους άρρενες. Πρόκειται για κληρονομική διαταραχή που πρέπει να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στη γενετική συμβουλευτική, υγιών, συγγενών αρρώστων με αυτό το σύνδρομο, καθόσον εδώ

υπάρχουν αποκλίσεις από μια κλασσική -X χρωμοσωμική υπολειπόμενη αρρώστια (Buselmaier & Tariverdian, 1991 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

Μετά την τρισωμία 21, η δεύτερη συχνή χρωμοσωμική διαταραχή που οδηγεί σε νοητική ανεπάρκεια είναι το σύνδρομο εύθραυστου -X χρωμοσώματος. Η διαπίστωση του αιτίου, της εστίας της διαταραχής, επιτυγχάνεται με κυτταρογενετικές εξετάσεις, κάτω από κατάλληλες γι' αυτό συνθήκες, οπότε εντοπίζεται στο μακρύ σκέλος του X χρωμοσώματος η θέση της γενεσιουργού αιτίας του συνδρόμου.

Η έκφραση των κλινικών γνωρισμάτων του συνδρόμου ποικίλει. Στο σωματικό τομέα παρατηρείται στη μικρή ηλικία μεγάλο σωματικό μέγεθος, μακροκεφαλία και κάποιες δυσμορφίες στο πρόσωπο, όπως το μακρύ πρόσωπο, η προγναθία, σχετικά μακριά αυτιά κ.α. Στα αγόρια μετά την εφηβεία παρατηρείται μια υπερμεγέθυνση των όρχεων (Κυπριωτάκη, 2004).

Ωστόσο, η νοημοσύνη θεωρείται βασικό στοιχείο για την εξέλιξη των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τη δυνατότητα προσαρμογής τους. Ορισμένες φορές η υψηλή νοημοσύνη μπορεί να λειτουργήσει ως αντισταθμιστικός παράγοντας ανάμεσα στις δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος από αυτά, αφού η υψηλή νοημοσύνη μπορεί να βοηθήσει το παιδί να επινοήσει τρόπους να ελέγχει από μόνο του τις δυσκολίες του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Ένας ακόμη γνωστικός παράγοντας που μπορεί να συνυπάρχει με τη ΔΕΠ-Υ στα παιδιά είναι η αίσθηση του χρόνου. Η μη λεκτική μνήμη εργασίας περιγράφεται ως αναπόσπαστο μέρος της ανάπτυξης της ψυχολογικής ενημερότητας του χρόνου και της οργάνωσης της συμπεριφοράς σε σχέση με το χρόνο (Fuster, 1989 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ο Barkley και οι συνεργάτες του (1997) εκτιμούν ότι με βάση τη περιγραφή αυτή μπορεί να προβλεφθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ θα έχουν δυσκολίες στην αίσθηση του χρόνου. Αυτές οι δυσκολίες φαίνεται να αποτελούν συνέπεια εκείνων των προβλημάτων τους που σχετίζονται με τη μνήμη εργασίας. Σε έρευνα των Barkley και των συνεργατών του (1997) ζητήθηκε από γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ να εκτιμήσουν την αίσθηση του χρόνου των παιδιών τους, καθώς και την οργάνωση της συμπεριφοράς τους σε σχέση με το χρόνο. Διαπιστώθηκε ότι αυτά μειονεκτούσαν σημαντικά σε σύγκριση με τα «φυσιολογικά» παιδιά. Κάποιες άλλες μελέτες της Dooling-Liftin (1997) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ

μειονεκτούν σε σχέση με τα «φυσιολογικά» παιδιά ως προς την ικανότητα ακριβούς εκτίμησης του χρόνου (Barkley et al., 1997· Dooling-Liftin, 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

9.4. Συνοδά Προβλήματα Συμπεριφοράς

Ο αριθμός των παιδιών με διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής και με συνοδά συμπτώματα εναντιωματικής – επιθετικής συμπεριφοράς, είναι υπερβολικά μεγάλος. Οι ερευνητές Dophner, Schurmann & Frohlich (1998), ανεβάζουν την συχνότητα των συνδρόμων διαταραχές συγκέντρωσης και προσοχής και εναντιωματικής-επιθετικής συμπεριφοράς ταυτόχρονα σε 30-50%. Οι Jensen, Martin & Cantwell (1997), δηλώνουν μεγαλύτερα ποσοστά. Τα ευρήματά τους διαπιστώνουν, ότι σε ποσοστό 60-90% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει επιπρόσθετα εναντιωματική – επιθετική συμπεριφορά. Και στην περίπτωση αυτήν, όπως και σε άλλες, η συχνότητα της συνύπαρξης ταυτόχρονα και των δύο συνδρόμων είναι στα αγόρια, σε σύγκριση με τα κορίτσια, μεγαλύτερη (Dophner, Schurmann & Frohlich, 1998· Jensen, Martin & Cantwell, παραπομπή στο 1997 Κυπριωτάκη, 2004).

Οι ερευνητές Manunzza και οι συν. (2008), σε μια έρευνά τους μελέτησαν τη σχέση μεταξύ της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά και της εμφάνισης εγκληματικότητας στην εφηβεία. Το δείγμα αποτελούσε δύο ομάδες ατόμων στις οποίες η πρώτη, περιλάμβανε ενήλικες που είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ κατά τη διάρκεια της παιδικής τους ηλικίας και η δεύτερη περιλάμβανε ενήλικες οι οποίοι παρουσίαζαν συμπτώματα παραβατικότητας κατά τη διάρκεια της εφηβικής τους ηλικίας. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ έχουν αυξημένες πιθανότητες να εμφανίσουν εγκληματικότητα κατά τη διάρκεια της εφηβικής τους ηλικίας. Όπως παρατηρήθηκε, τα ποσοστά σύλληψης για την πρώτη ομάδα ήταν 47% και για τη δεύτερη 24% αντίστοιχα. Τα ποσοστά καταδίκης 42% για την πρώτη και 14% για τη δεύτερη και τέλος τα ποσοστά φυλάκισής τους ήταν 15% με 1%. Βέβαια, σύμφωνα με τους ερευνητές τα παραπάνω αδικήματα δεν υφίστανται εάν το παιδί με ΔΕΠ-Υ μεγαλώσει σε ένα «υγιές» περιβάλλον. Επομένως, εάν το παιδί στην εφηβεία αναπτύξει αντικοινωνική και παραβατική

συμπεριφορά έχει περισσότερες πιθανότητες να διαπράξει έγκλημα στο μέλλον. Αντίθετα, εάν ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ δεν παρουσιάζει διαταραχές συμπεριφοράς, έχει τις ίδιες πιθανότητες μαζί με ένα «φυσιολογικό» παιδί στο να διαπράξει έγκλημα ή αδίκημα (Mannuzza et al., 2008).

Ενώ για τα αίτια των διαταραχών συγκέντρωσης της προσοχής, χωρίς να αποκλείονται τα περιβαλλοντικά αίτια, γίνεται, επίσης, λόγος για νευροχημικά και γενετικά αίτια, στην περίπτωση της εναντιωματικής – επιθετικής συμπεριφοράς τα αίτια εστιάζονται στο περιβάλλον και περισσότερο στην οικογένεια. Οι παράγοντες που οδηγούν συχνά σε διαταραχές συμπεριφοράς είναι η έλλειψη θαλπωρής, αγάπης, συμπράστασης, κατανόησης, ελέγχου, η ασταθής συμπεριφορά και οι τρόποι αγωγής. Σε μεταγενέστερα, μάλιστα, στάδια εξέλιξης, ενδεχομένως εκδηλώνονται παραβατικές συμπεριφορές που επισύρουν το ποινικό δίκαιο. Γενικά, η συμπεριφορά αντανακλά το επίπεδο αλληλεπίδρασης του ανθρώπου με τον περίγυρό του, είναι δηλαδή το αποτέλεσμα κοινωνικών διαδικασιών και οι διαταραχές συμπεριφοράς μια σύνθετη διαταραχή της κοινωνικής αλληλεπίδρασης (Speck, 1987 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

Επειδή, κάθε περίπτωση παιδιού ή εφήβου με διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής με ή χωρίς διαταραχές συμπεριφοράς είναι αποκλειστικά ειδική περίπτωση, που χαρακτηρίζει ξεχωριστά το πρόσωπο που αναφέρεται, χρειάζεται να δοθεί ιδιαίτερη βαρύτητα στη διάγνωση, όσον αφορά τα αίτια, στη συνακολουθία των συνδρόμων, στη μεταξύ τους σχέση και στη διαπίστωση πρωτογενών και δευτερογενών αιτίων, καθ' όσον από αυτά υπαγορεύεται η πορεία παρέμβασης και αντιμετώπισης του προβλήματος (Reuner & Oberle, 2000, Χρηστάκης 2001, Benkmann, 1984 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

Εκτός από τα προβλήματα εναντιωματικής – επιθετικής διαταραχής που συνοδεύουν τη ΔΕΠ-Υ υπάρχουν και κάποια άλλα προβλήματα συμπεριφοράς που είναι πιθανόν να συνοδεύουν τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα. Αυτές είναι οι μειωμένες προσαρμοστικές ικανότητες, η πρόκληση ατυχημάτων και τα προβλήματα στον ύπνο είναι κάποια από αυτά.

Η έννοια της προσαρμογής συνήθως παραπέμπει στην ανάπτυξη δεξιοτήτων αυτοϋπηρετήσης (όπως πλύσιμο, ντύσιμο κ.α.) ανάλογων με την ηλικία του παιδιού,

στην ανάπτυξη της προσωπικής υπευθυνότητας και αυτονομίας, δηλαδή, με λίγα λόγια, να μπορεί το παιδί να κάνει μικροδουλειές, να είναι αξιόπιστο και να συμπεριφέρεται ανάλογα με τους κοινωνικούς κανόνες, καθώς και στην ανάπτυξη θετικών διαπροσωπικών σχέσεων με τους συνομηλίκους.

Σύμφωνα με ερευνητικά δεδομένα, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μειωμένες προσαρμοστικές ικανότητες σε σχέση με τα υπόλοιπα παιδιά (Greene et al., 1996· Roizen et al., 1994 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σε αυτές τις μελέτες διαπιστώθηκε ότι αυτά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ λειτουργούν τις περισσότερες φορές στα κατώτερα επίπεδα του μέσου «φυσιολογικού» όσον αφορά τις προσαρμοστικές τους δεξιότητες, παρά τη «φυσιολογική» συνήθως νοημοσύνη τους.

Φαίνεται λοιπόν ότι η ΔΕΠ-Υ ασκεί κάποια αρνητική επίδραση στις ικανότητες προσαρμογής. Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι, όπου η ασυμφωνία μεταξύ του νοητικού επιπέδου και προσαρμοστικότητας είναι μεγαλύτερη, η πιθανότητα να συνυπάρχει η ΔΕΠ-Υ με κάποια άλλη διαταραχή είναι επίσης μεγαλύτερη (Greene et al., 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Εκτός από τις προσαρμοστικές ικανότητες, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν αυξημένες πιθανότητες τραυματισμού από ατυχήματα σε σύγκριση με τα «φυσιολογικά» παιδιά. Τα παιδιά αυτά περιγράφονται ως επιρρεπή σε ατυχήματα σε ποσοστό μέχρι και 57%, ενώ το 15% από αυτά έχει τέσσερις ή περισσότερους τραυματισμούς σε κάποιο ατύχημα, όπως, για παράδειγμα, κάταγμα, σπάσιμο δοντιών, δηλητηρίαση κ.α. Περίπου στο 11% του πληθυσμού των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και στο 4,8% του πληθυσμού των «φυσιολογικών» παιδιών, συμβαίνουν τέτοιου είδους ατυχήματα (Hartsough & Lambert, 1985· Reebye, 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Έρευνες οι οποίες επικεντρώθηκαν στον πληθυσμό παιδιών που είναι επιρρεπή σε ατυχήματα διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά αυτά είναι συνήθως υπερκινητικά, παρορμητικά και ανυπάκουα (Cataldo et al., 1992· Rosen & Peterson, 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Επίσης, σε έρευνες οι οποίες πραγματοποιήθηκαν στον Καναδά και στη Νέα Ζηλανδία βρέθηκε επίσης ότι οι ενήλικες με ιστορικό ΔΕΠ-Υ έχουν αυξημένες πιθανότητες να προκαλέσουν κάποιο τροχαίο ατύχημα (Weiss & Hetchman, 1993· Nada-Raja et al., 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Συνήθως, ο κύριος λόγος που οδηγεί τα άτομα με ΔΕΠ-Υ σε περισσότερα ατυχήματα δεν φαίνεται να είναι το αυξημένο επίπεδο κινητικότητας ή παρορμητικότητας που τα διακρίνει, αλλά η επιθετική συμπεριφορά που τα χαρακτηρίζει. Φυσικά, το πόσο επιρρεπές είναι κάποιο παιδί με ΔΕΠ-Υ στα ατυχήματα θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό και από ορισμένα χαρακτηριστικά των γονέων του και γενικότερα από τον τρόπο με τον οποίο αντιμετωπίζεται το παιδί από το περιβάλλον του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Όσο αφορά τα προβλήματα στον ύπνο, ο Ball και οι συνεργάτες του (1997) διαπίστωσαν σύμφωνα με τις αναφορές των γονέων τους σε έρευνά τους ότι, το 53-64% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει προβλήματα στον ύπνο τους. Οι γονείς στις περισσότερες περιπτώσεις παρατηρούν αυτές τις δυσκολίες ήδη από τη βρεφική ηλικία του παιδιού τους. Φαίνεται ότι, τα παιδιά αυτά δεν πηγαίνουν εύκολα στο κρεβάτι τους, ξυπνούν συχνά κατά τη διάρκεια της νύχτας, κοιμούνται συνήθως λιγότερες ώρες από τα υπόλοιπα παιδιά, βρέχουν το κρεβάτι τους και ξυπνούν δύσκολα το πρωί (Wender, 2000). Σε ότι αφορά όμως την ίδια τη φύση του ύπνου, δεν έχουν βρεθεί διαφορές ανάμεσα στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και στα «φυσιολογικά» παιδιά (Palm et al., 1992 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ορισμένοι ειδικοί παράλληλα εκτιμούν ότι τα προβλήματα ύπνου δεν σχετίζονται τόσο με τα συμπτώματά της ΔΕΠ-Υ όσο με ορισμένα άλλα προβλήματα τα οποία συχνά συνυπάρχουν με τη ΔΕΠ-Υ, όπως είναι, για παράδειγμα, η εναντιωτική προκλητική διαταραχή ή κάποια αγχώδης διαταραχή (Corkum et al., 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τέλος, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να γίνουν πολύ απαιτητικά με ακόρεστες επιθυμίες. Επίσης, συνήθως είναι απαθείς στις αρμοδιότητες τους, φιλονικείς, εκρηκτικά και απρόβλεπτα (δηλαδή να τσιρίζουν, να κλωτσάνε τοίχους και να κτυπάνε πόρτες), σκόπιμα ενοχλούν και προκαλούν την αναστάτωση σε άλλα άτομα, μη συναισθηματικά, συνήθως ρίχνουν το φταίξιμο το δικό τους στους άλλους και μπορεί να γίνουν μνησικακείς και αθυρόστομοι. Όλες αυτές οι συμπεριφορές μπορεί να συνοδεύουν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, αλλά δεν είναι απαραίτητο να τα παρουσιάζουν όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και στον ίδιο βαθμό. Δηλαδή, σε κάποια παιδιά μπορεί αυτά τα συμπτώματα

να εμφανίζονται σε ηπιότερο βαθμό από ότι άλλα, και το αντίθετο ή και καθόλου (Selikowitz, 1995· Wender, 2000).

9.5. Ακαδημαϊκά Συνοδά Προβλήματα

Ένας τομέας όπου τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν τεράστιες δυσκολίες είναι αυτός της σχολικής μάθησης. Σχεδόν όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ τα οποία παραπέμπονται σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας έχουν μειωμένες σχολικές επιδόσεις σε σχέση με το νοητικό τους επίπεδο. Οι μειωμένες σχολικές τους επιδόσεις φαίνεται να σχετίζονται με την απροσεξία, την παρορμητικότητα και την ανησυχία την οποία παρουσιάζουν τόσο στο πλαίσιο της σχολικής τάξης όσο και κατά τη διάρκεια της μελέτης στο σπίτι. Όλα αυτά επιβεβαιώνονται σε αρκετές μελέτες στις οποίες διερευνήθηκε η επίδραση διεγερτικών φαρμάκων, το γεγονός δηλαδή, ότι τα πρωτογενή αυτά προβλήματα της ΔΕΠ-Υ επιδρούν αρνητικά στις σχολικές επιδόσεις των παιδιών. Σε αυτές τις περιπτώσεις βρέθηκε ότι η χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων είχε θετική επίδραση στις σχολικές επιδόσεις των παιδιών (Barkley, 1977· Rapport et al., 1986 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Υπάρχουν αρκετές έρευνες που δείχνουν ότι συνυπάρχουν παράλληλα με τις διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής, σε υψηλή συχνότητα (10-92%) μαθησιακά προβλήματα. Το πρόβλημα του μεγάλου εύρους (απόκλιση) της συχνότητας οφείλεται στον ορισμό των διαταραχών μάθησης. Οι μαθησιακές διαταραχές ενδέχεται να υπάρχουν εντελώς ανεξάρτητα από τις διαταραχές προσοχής ή ακόμη να συμβαδίζουν παράλληλα. Εκτός αυτού, υπάρχουν παράγοντες ή αίτια που ευνοούν την παρουσία τόσο των διαταραχών μάθησης, όσο και των διαταραχών προσοχής. Τέτοιοι παράγοντες μπορεί να υπάρξουν κατά την προγεννητική, την περιγεννητική και τη μεταγεννητική περίοδο της ζωής. Μεταξύ αυτών συγκαταλέγεται και η πρόωρη γέννηση.

Όσον αφορά τη μάθηση, η αδυναμία εστίασης της προσοχής, κατά τις μαθησιακές διαδικασίες, η παρορμητικότητα και η κινητική ανησυχία – βασικά συμπτώματα των διαταραχών συγκέντρωσης της προσοχής – επιδρούν αρνητικά σ' όλες τις γνωστικές περιοχές και επιδεινώνουν, ακόμη και ελαφρά, κάθε υπάρχουσα

μαθησιακή διαταραχή. Δεν αποκλείεται μια εικόνα διαταραχών μάθησης να υποκρύπτει ένα σύνδρομο διαταραχών συγκέντρωσης της προσοχής και να εξαφανίζονται με την αντιμετώπισή του (Κυπριωτάκη, 2004).

Έτσι, στο πλαίσιο της διάγνωσης ανιχνεύεται παράλληλα και ανεξάρτητα από τα συμπτώματα των διαταραχών συγκέντρωσης της προσοχής, ή ως επακόλουθο των συμπτωμάτων των διαταραχών συγκέντρωσης της προσοχής, υφίστανται διαταραχές μάθησης, καθόσον διαταραχές μάθησης προκύπτουν και εξαιτίας διαταραχών συγκέντρωσης της προσοχής (Barkley, 1997, Hallowell & Ratey 1998, Reuner & Oberle παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

Οι ερευνητές Riccio και οι συνεργάτες της (1994), υποστηρίζουν πως οι μαθησιακές δυσκολίες και η ΔΕΠ-Υ όταν συνυπάρχουν μπορεί να επηρεάσουν σε μεγάλο βαθμό τις γνωστικές ικανότητες των παιδιών αυτών. Φυσικά, αυτό εξαρτάται και από τη γενικές τους γνωστικές δεξιότητες οι οποίες επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό κατά τη διάρκεια της σχολικής διαδικασίας (Riccio et al., 1994).

Ορισμένοι ειδικοί ορίζουν τις μαθησιακές δυσκολίες ανάλογα με τα αποτελέσματα των παιδιών σε τεστ ακαδημαϊκής επίδοσης και με την τάξη στην οποία φοιτούν, χωρίς να συνεκτιμούν το νοητικό τους επίπεδο. Σε αυτές όμως τις περιπτώσεις οι μαθησιακές δυσκολίες συνήθως εντοπίζονται συχνότερα στα παιδιά με οριακή νοημοσύνη ή ελαφρά νοητική καθυστέρηση. Ο Barkley (1990) ακολουθώντας αυτή την προσέγγιση, βρήκε ότι το 21% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσίαζε μαθησιακές δυσκολίες στην ανάγνωση και το 28% στα μαθηματικά.

Οι ερευνητές Douglas (1972) και οι Douglas και Freibergs (1969), αναφέρουν σχετικά ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, εμφανίζουν κακή σχολική επίδοση, δυσκολίες στην παρακολούθηση της σχολικής ύλης και άσχετες, παρεμβαλλόμενες δραστηριότητες μέσα στην τάξη (Douglas, 1972· Douglas & Freibergs, 1969 παραπομπή στο Κουράκης, 1997).

Έχει βρεθεί όμως, σύμφωνα με τα πιο αυστηρά κριτήρια για τον καθορισμό των μαθησιακών δυσκολιών, ότι το 8-39% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει δυσκολίες στην ανάγνωση, το 12-27% στα μαθηματικά και το 12-27% στην ορθογραφία (Frick et al., 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ενδιαφέρον παρουσιάζει επίσης το εύρημα ότι ανάλογα ποσοστά μαθησιακών δυσκολιών διαπιστώθηκαν στον πληθυσμό των παιδιών με διαταραχές διαγωγής. Το γεγονός όμως αυτό θεωρήθηκε ότι

σχετίζεται με τη συννοσηρότητα των διαταραχών διαγωγής και της ΔΕΠ-Υ (Frick et al., 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Επίσης, έχει βρεθεί ότι το 20-80% των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες ανταποκρίνεται και στα κριτήρια του DSM-IV για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (Holborow & Berry, 1986· Cantwell & Baker, 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Έχει διαπιστωθεί επίσης ότι το 33-80% των παιδιών που ανταποκρίνονται στα κριτήρια για τη διάγνωση της δυσλεξίας παρουσιάζει και συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (McGee & Share, 1988· Shaywitz & Shaywitz, 1988 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σε πληθυσμούς όμως παιδιών με ΔΕΠ-Υ που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα της δυσλεξίας, η βλάβη συνήθως αφορά τις διαδικασίες εκτελεστικού ελέγχου, ενώ σε πληθυσμούς δυσλεξικών παιδιών που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ η βλάβη αφορά βασικά τη φωνολογική ενημερότητα (Pennington, 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Έχει διατυπωθεί από τους ερευνητές η άποψη ότι η συνεμφάνιση της ΔΕΠ-Υ και της δυσλεξίας παραπέμπει απλώς στο γεγονός της κοινής αιτιολογίας αυτών των προβλημάτων, ενώ σε άλλες περιπτώσεις θεωρήθηκε ότι η ΔΕΠ-Υ αποτελεί δευτερογενές σύμπτωμα της δυσλεξίας (Barkley et al., 1983· Stanovich, 1986· Pennington, 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Όσο αφορά το θέμα αυτό, κάποιοι ερευνητές διαπίστωσαν ότι, οι πρώιμες διαταραχές προσοχής αυξάνουν σε σημαντικό βαθμό την πιθανότητα να παρουσιαστούν αργότερα μαθησιακές δυσκολίες, ενώ δεν διαπιστώθηκε επίδραση μαθησιακών δυσκολιών στην εμφάνιση των διαταραχών προσοχής (Fergusson & Hogwood, 1992 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Επιπλέον, η υπόθεση σύμφωνα με την οποία οι μαθησιακές δυσκολίες προκαλούν ΔΕΠ-Υ έρχεται σε αντίθεση με την εξελικτική πορεία των παιδιών αυτών, που μεταβαίνουν σταδιακά από την Υπερκινητική και απρόσεκτη συμπεριφορά στη σχολική τάξη στην ακαδημαϊκή αποτυχία και ίσως αργότερα στην εναντιωτική-προκλητική συμπεριφορά ή ακόμη και στις διαταραχές διαγωγής. Αυτή η υπόθεση έρχεται ακόμη σε αντίθεση με την επικρατούσα άποψη, ότι δηλαδή η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται νωρίς και αποτελεί, σύμφωνα με τις περισσότερες εκτιμήσεις, οργανική διαταραχή.

Τα στοιχεία αυτά ενισχύουν την άποψη ότι η αιτιολογία στις περιπτώσεις των μαθησιακών δυσκολιών και της ΔΕΠ-Υ είναι πολύ πιθανό να είναι η ίδια. Κάθε φορά

όμως η βλάβη μπορεί να είναι διαφορετικής έκτασης και οι συνθήκες στις οποίες μεγαλώνει το παιδί μπορεί να διαφοροποιούνται σημαντικά. Ως εκ τούτου, η ποιότητα και η έκταση των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν αυτά τα παιδιά μπορεί να διαφέρουν (Κάκουρος, 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Πρόσφατες μελέτες προσανατολισμένες περισσότερο στη συναισθηματική δομή των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, έδειξαν ότι η σχολική αποτυχία σε ορισμένα από αυτά τα παιδιά οφείλεται στη μη πρόσληψη αρκετών ερεθισμάτων-πληροφοριών από το περιβάλλον τους (Rosenthal & Allen, 1980· Sutterfield & Dawson, 1971 παραπομπή στο Κουράκης, 1997). Σύμφωνα με αυτές τις μελέτες, αυτό εξηγείται από το γεγονός ότι κατά τις συναλλαγές με το περιβάλλον τα άτομα με ΔΕΠ-Υ, υπερβάλλουν, προσπαθώντας να αυξήσουν στο χώρο τους το επίπεδο διέγερσης. Κατά τους ερευνητές αυτή η τάση δρα ανασταλτικά στην απρόσκοπτη, εγκλιματισμένη ομαδικά λειτουργία, των γνωστικών διαδικασιών (Κουράκης, 1997).

Η έρευνα του Flicek (1992), ενισχύει την άποψη αυτή, εφόσον τα ευρήματα της έρευνάς του υποστηρίζουν ότι η ΔΕΠ-Υ, οι μαθησιακές δυσκολίες αλλά και η χαμηλή αποδοτικότητα στα σχολικά μαθήματα είναι στενά συνδεδεμένες μεταξύ τους. Το δείγμα της έρευνας αφορούσε 345 αγόρια από τη δευτέρα μέχρι τη έκτη δημοτικού, τα οποία μερικά πληρούσαν τα κριτήρια της ΔΕΠ-Υ και τα υπόλοιπα παρουσίαζαν μαθησιακά προβλήματα. Βρέθηκε ότι, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ απορρίπτονταν πολύ πιο συχνά από τους συμμαθητές τους σε σχέση με τα παιδιά που αντιμετώπιζαν απλά μαθησιακές δυσκολίες. Επίσης, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ λόγω των δυσκολιών που αντιμετώπιζαν τόσο με την ακαδημαϊκή τους επίδοση όσο και με τις σχέσεις τους με τους συνομήλικούς τους, ήταν πιο εσωστρεφής, απομονωμένοι και απουσίαζαν από τα σχολικά παιχνίδια.

Τέλος, επειδή το δείγμα των παιδιών είχε χωριστεί σε τρεις ομάδες η ομάδα των αγοριών που παρουσίαζαν μόνο μαθησιακές δυσκολίες δεν διέφερε πολύ με την ομάδα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε θέματα που αφορούσαν τις σχέσεις με τους συνομήλικούς τους. Παρ' όλα αυτά τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσίαζαν περισσότερα προβλήματα στη συμπεριφορά τους, στις κοινωνικές τους δεξιότητες και στα ακαδημαϊκά επιτεύγματα (Flicek, 1992).

Μέχρι σήμερα η αιτιώδης σχέση της ΔΕΠ-Υ και των μαθησιακών δυσκολιών παραμένει ακόμα ασαφής. Εκτός των δυσκολιών στη ανάγνωση, ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ

δυσκολεύεται να συγκεντρωθεί για ένα παρατεταμένο χρονικό διάστημα σε μια σχολική δραστηριότητα, δεν ακούει αυτά που του λένε και του είναι δύσκολο να εκτελέσει ένα σχολικό έργο που του έχει ανατεθεί. Όλα αυτά λειτουργούν σαν φαύλος κύκλος, που δημιουργεί στο παιδί συναισθηματικά προβλήματα, ψυχολογική αποδιοργάνωση και προβλήματα στο σπίτι (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Wender, 2000).

Τέλος, χρειάζεται να πραγματοποιηθούν περισσότερα διαχρονικές έρευνες που να συνεκτιμήσουν, μεταξύ άλλων, και τα πιθανά συνοδά προβλήματα της ΔΕΠ-Υ, τα οποία ενδεχομένως διευκολύνουν τελικά την αναγνώριση υποτύπων της ΔΕΠ-Υ και των μαθησιακών δυσκολιών (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

9.6. Συναισθηματικά Συνοδά Προβλήματα

Τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν ιδιαίτερα είδη συναισθηματικών προβλημάτων και δυσκολιών. Συνήθως, παρουσιάζουν εναλλαγές στη διάθεση και στο συναίσθημά τους, γι' αυτό και η συμπεριφορά τους τείνει να είναι τις περισσότερες φορές απρόβλεπτη. Πολλά από αυτά τα παιδιά είναι ασυνήθιστα υποτονικά την μια στιγμή ενώ μετά από λίγο βρίσκονται σε υπερβολική διέγερση. Επίσης, κάποιες φορές είναι απαθής στο πόνο και πολύ συχνά δεν φοβούνται όταν «απειλούνται». Αυτός ο συνδυασμός της μειωμένης αντίληψης του συναισθήματος του φόβου, της παρορμητικότητας και της αποδιοργανωμένης συμπεριφοράς, οδηγεί αυτά τα παιδιά σε ανάρμοστες κοινωνικά συμπεριφορές που προκαλούν έτσι, τον στιγματισμό τους (Wender, 2000).

Έχει περιγραφεί από πολλούς ερευνητές, ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν πολύ συχνά εχθρότητα και είναι ευερέθιστα σε διάφορες καταστάσεις (Still, 1902· Barkley, 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά αυτά με την ανάλογη ενίσχυση διεγείρονται και γίνονται περισσότερο ευερέθιστα, ενώ όταν περιοριστεί η προσφερόμενη ενίσχυση τότε βιώνουν πιο έντονα το συναίσθημα της ματαιώσης (Douglas & Parry, 1994· Wigal et al., 1993 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η έρευνα έδειξε, επίσης, ότι τα παιδιά με διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής παρουσιάζουν σε ποσοστό 15% ενούρηση, 13-50% άγχος και κατάθλιψη και έχουν την τάση να εμπλέκονται περισσότερο σε ατυχήματα (Reuner & Oberle, 2000· Barkley, 1998 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

Στο πλαίσιο των κοινωνικών αλληλεπιδράσεων οι συναισθηματικές αντιδράσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι συνήθως έντονες. Με στοιχεία αρνητισμού και έντονης συναισθηματικής φόρτισης διακρίνεται η επικοινωνία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και των συνομήλικών τους. Επίσης, έχει διαπιστωθεί ότι στις περιπτώσεις της συνοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ και επιθετικότητας το αρνητικό συναίσθημα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνεται με μεγαλύτερη ένταση (Hinshaw & Melnick, 1995 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Εκτός όμως από τα προβλήματα αυτά, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν φαίνεται να έχουν δυσκολία στην αναγνώριση και κατανόηση των συναισθηματικών αντιδράσεων των άλλων (Sharipo et al., 1993 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ένας άλλος παράγοντας που περιγράφουν οι ειδικοί στις κλινικές μελέτες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, είναι τα περιορισμένα κίνητρα και η μειωμένη ικανότητα των παιδιών αυτών να καταβάλλουν επίμονη προσπάθεια προκειμένου να φτάσουν κάποιο στόχο. Όταν απουσιάζει η ανάλογη ενθάρρυνση και η ενίσχυση της προσπάθειας τους, η επιμονή και τα κίνητρα των παιδιών αυτών περιορίζονται ακόμη περισσότερο. Σε περιπτώσεις όπου υπάρχει άμεση και συνεχής ενίσχυση οι επιδόσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ δεν διαφέρουν από αυτές των «φυσιολογικών» παιδιών. Όταν όμως η ενίσχυση είναι μερική, τότε οι επιδράσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αρχίζουν να μειώνονται συγκριτικά με αυτές των «φυσιολογικών» παιδιών (Barber et al., 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Φυσικά, ο βαθμός επίδοσης σε κάποια δραστηριότητα επηρεάζεται σημαντικά και από το είδος της δραστηριότητας και από το ενδιαφέρον που αυτή παρουσιάζει για το άτομο. Όταν λοιπόν η δραστηριότητα είναι ανιαρή, η επίδοση θα είναι χαμηλή, ωστόσο η επίδοση μπορεί να αυξηθεί, εάν προσφερθεί στο παιδί η ανάλογη ενίσχυση.

Κάποια άλλα χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με αναφορές των γονιών τους, είναι το γεγονός ότι είναι «ανικανοποίητα». Τίποτα δεν τα ευχαριστεί και όταν δεν ικανοποιηθούν οι επιθυμίες τους, ξεσπούν με θυμό και εκνευρίζονται. Το

γεγονός αυτό κάνει τα ενήλικα άτομα με ΔΕΠ-Υ, να είναι σπάταλα χωρίς κορεσμό σε κάθε τους δραστηριότητα (Wender, 2000).

Τέλος, ένα άλλο «συναισθηματικό» χαρακτηριστικό στα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση. Τους λείπει η αυτοπεποίθηση, νιώθουν ότι είναι διαφορετικά και πιστεύουν ότι δεν αξίζουν ως άτομα. Η χαμηλή αυτοεκτίμηση οδηγεί αυτά τα άτομα στην εύκολη παραίτηση, στην αποφυγή δραστηριοτήτων οι οποίες μπορεί να τους κάνουν να νιώσουν άβολα (όπως είναι η συμμετοχή τους σε ένα παιχνίδι με τους συνομήλικους τους κ.α.), στην εναντίωση σε κάθε έπαινο, στη συνεχόμενη άμυνα, στην απάτη, στο ψέμα, στις απρεπείς συμπεριφορές, στην ανώριμη συμπεριφορά με την οποία δεν μπορούν να ελέγξουν τα συναισθήματά τους, στην αποφυγή του σχολείου και των εργασιών για το σπίτι, στην εξάρτηση από την τηλεόραση, στην επίθεση, στην παθητική συμπεριφορά και στην άρνηση (Wender, 2000· Selikowitz, 1995).

Όλα αυτά τα συναισθήματα μπορεί να λειτουργήσουν με ένα φαύλο κύκλο, αφού τα παιδιά αυτά, συνήθως δεν επιλέγονται από τους συνομήλικούς τους για φίλια ή παιχνίδι. Έτσι, υποφέρουν, κατά κάποιο τρόπο, εξαιτίας της αρνητικής αυτής στάσης, από χαμηλό αυτοσυναίσθημα και αυτοαντίληψη (Holowenko, 1999 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

Με βάση τα παραπάνω, εναπόκειται στην ευαισθησία και υπευθυνότητα των εμπλεκομένων να συνειδητοποιήσουν έγκαιρα ότι εξελίξεις τέτοιας μορφής μπορεί, έστω και μερικώς, να αποφευχθούν, αν οι διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής αντιμετωπιστούν προτού εκδηλωθούν δευτερογενώς στο παιδί σοβαρά προβλήματα στους τομείς εξέλιξης: γνωστικό, συναισθηματικό, κοινωνικό, σχολικό και συμπεριφοράς γενικά (Κυπριωτάκη, 2004).

Κλείνοντας, πρέπει να σημειωθεί πως τα παιδιά αυτά παρουσιάζουν τέτοιου είδους συμπεριφορές ίσως για να προστατευτούν και να μπορέσουν να αντεπεξέλθουν σε κάτι που δεν μπορούν να αντέξουν (Selikowitz, 1995).

9.7. Κοινωνικά Συνοδά Προβλήματα

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ πιθανό να βιώσουν κοινωνικές δυσκολίες λόγω των χαρακτηριστικών της κατάστασής τους, όπως είναι η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα και η χαμηλή τους αυτοεκτίμηση. Επιπρόσθετα, πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν ένα περιορισμό στον τρόπο που ο εγκέφαλος τους είναι ικανός, να κατανοεί και να ανταποκρίνεται σε κοινωνικούς κανόνες συμπεριφοράς. Συνήθως, οι συμπεριφορές τους είναι κοινωνικά ανάρμοστες και ανώριμες και επίσης, φαίνεται ένα μέρος του εγκεφάλου τους να είναι ανώριμο, όσο αφορά το κομμάτι των γνωστικών κοινωνικών δεξιοτήτων.

Το πιο κοινό χαρακτηριστικό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι το γεγονός ότι, πολύ συχνά απορρίπτονται από τους συνομηλίκους τους. Συνήθως, είναι «διάσημοι» στο σχολείο για τις ιδιαιτερότητές τους αλλά δεν έχουν φίλους. Αυτή η έλλειψη της φιλίας στο παιδί με ΔΕΠ-Υ χειροτερεύει την κατάστασή του και το κάνει να συμπεριφέρεται με ακόμα πιο ανάρμοστο τρόπο και ακατάλληλη συμπεριφορά (Selikowitz, 1995).

Πολύ συχνά, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιδρούν στην επιβολή κοινωνικών κανόνων (όπως στο «μην το κάνεις αυτό» κ.τ.λ.), έχουν αυξημένη ανεξαρτησία και συνήθως τυραννούν τα άλλα παιδιά. Υπάρχουν όμως, και κάποια παιδιά με ΔΕΠ-Υ που παρουσιάζουν ακριβώς τα αντίθετα από αυτά τα χαρακτηριστικά, όπως το να είναι πολύ εξαρτημένα από τους γονείς τους και «παθητικά».

Όσο αφορά τη σχέση των παιδιών αυτών με τα αδέρφια και τους συμμαθητές τους, φαίνεται να γίνονται πολύ ενοχλητικοί με τα μικρότερα αδέρφια τους, να «πειράζουν», να δείχνουν τη «σωματική» τους δύναμη και πολύ συχνά απαιτούν να είναι αυτοί οι «αρχηγοί» σε όλες τις δραστηριότητες. Επιπρόσθετα, τα παιδιά αυτά κάνουν φίλους αλλά δεν είναι ικανά να τους κρατήσουν, καταβάθος είναι πολύ «ευαίσθητα» και όχι απαραίτητα «επιθετικά» και «σαδιστικά». Ίσως ο ενθουσιασμός και η υπερκινητικότητά τους, τα κάνει να συμπεριφέρονται με «άξεστο» τρόπο, αλλά αυτό συμβαίνει συνήθως επειδή τις περισσότερες φορές δεν μπορούν να το ελέγξουν (Wender, 2000).

Η «κοινωνική ανικανότητα» είναι ένας παράγοντας που χαρακτηρίζει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, η οποία είναι ο λόγος που παρουσιάζουν διάφορες ελλείψεις κοινωνικών

δεξιότητων. Κάποιοι ερευνητές αναφέρουν πως τα παιδιά με τις διαταραχές αυτές είναι συνήθως «κοινωνικά τυφλά». Αυτό το εξηγούν με το γεγονός ότι, παρουσιάζουν δυσκολίες να «διαβάσουν» και να κατανοήσουν μια κοινωνική συμπεριφορά. Επίσης, είναι πολύ «εγωκεντρικά» (όχι όμως με τον εγωισμό που μπορεί να χαρακτηρίζει ένα «φυσιολογικό» εγωκεντρικό παιδί) και δεν μπορούν να υπολογίσουν τις ανάγκες των συνομηλίκων τους. Ως έφηβοι, δεν ενδιαφέρονται για την εμφάνισή τους και την «εικόνα» που βγάζουν προς τα έξω. Έχουν έλλειψη ικανοτήτων υπευθυνότητας και κριτικής σκέψης και συνήθως, καταλαβαίνουν άλλα από αυτά που θα έπρεπε να καταλάβουν, επαναλαμβάνοντας τα λάθη τους δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο. Επιπρόσθετα, είναι πολύ αδιάκριτα, έχουν φτώχη κοινωνική μνήμη (δεν μπορούν να οργανώσουν τις κοινωνικές τους εμπειρίες), φτωχές συμπεριφορές στρατηγικών αλλαγής και έλλειψη στρατηγικών διορθωτικών συμπεριφορών (Selikowitz, 1995).

Ένας άλλος παράγοντας που εμπεριέχεται στα Κοινωνικά Συνοδά Προβλήματα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, είναι οι ειδικές δυσκολίες που παρουσιάζουν στην ανάπτυξη του λόγου και της ομιλίας τους. Σε κάποιες επιδημιολογικές έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι το 6-35% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αργεί να μιλήσει (Hartsough & Lambert, 1985· Szatmari et al., 1989b παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ανεξάρτητα όμως από την ενδεχόμενη καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου, το 10-54% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζει δυσκολίες στον προφορικό λόγο, ενώ το 16-37% των παιδιών με προβλήματα λόγου και ομιλίας είναι παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Baker & Cantwell, 1987 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σε ότι έχει να κάνει με την κατανόηση του προφορικού λόγου, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν αντιμετωπίζουν συνήθως περισσότερες δυσκολίες από τα υπόλοιπα (Barkley, DuPaul & McMurray, 1990· Szatmari et al., 1989 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Έχει διαπιστωθεί επίσης ότι τα μεγαλύτερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν πολύ λιγότερες δυσκολίες στην ομιλία από ότι τα μικρότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Grodzinsky & Diamont, 1992· Fisher et al., 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιο ομιλητικά από τα «φυσιολογικά» όταν επικοινωνούν ελεύθερα. Όταν όμως βρεθούν σε καταστάσεις όπου θα πρέπει να οργανώσουν προηγουμένως το λόγο τους ώστε να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις κάποιας δραστηριότητας, τότε συνήθως μιλούν λιγότερο και ο λόγος τους δεν είναι καλά

οργανωμένος, ούτε έχει πάντοτε κανονική ροή. Όταν λοιπόν το παιδί πρέπει να απαντήσει σε συγκεκριμένα ερωτήματα ή να περιγράψει κάτι, η ομιλία του χειροτερεύει επειδή απαιτείται εκ μέρους του πιο προσεκτική και οργανωμένη σκέψη σε σχέση με την ελεύθερη ομιλία. Αυτές οι δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αποτελούν ενδείξεις ότι τα προβλήματά τους δεν σχετίζονται με την ομιλία καθεαυτή αλλά με ελλείμματα στις ανώτερες γνωστικές λειτουργίες οι οποίες απαιτούνται για την οργάνωση της σκέψης και της συμπεριφοράς.

Πρέπει να σημειωθεί, ότι τα προβλήματα ομιλίας στις περιπτώσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί συχνά να σχετίζονται με δυσκολίες ακουστικής διάκρισης ή με τη δυσκολία αποτελεσματικής επικέντρωσης της προσοχής σε ένα ορισμένο ακουστικό ερέθισμα. Φαίνεται λοιπόν ότι οι δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σχετίζονται άμεσα και με τις μαθησιακές δυσκολίες τις οποίες πολλές φορές αντιμετωπίζουν (Beitchman et al., 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Κλείνοντας το κεφάλαιο των συνοδών προβλημάτων της ΔΕΠ-Υ, θα πρέπει να τονιστεί ότι, η ύπαρξη σωματικών, συμπεριφοριστικών, ακαδημαϊκών, συναισθηματικών και κοινωνικών προβλημάτων μαζί με τη ΔΕΠ-Υ, σίγουρα επιδεινώνει τη κατάσταση ενός παιδιού που την παρουσιάζει. Παρ' όλα αυτά η έγκαιρη εντόπισή και αναγνώριση τους βοηθάει στην ομαλή εξέλιξη του παιδιού καθώς και στην καλύτερη της αντιμετώπιση από τους γονείς και τους ειδικούς. Επιπλέον, τα συνοδά προβλήματα είναι πιθανόν να υπάρχουν είτε πριν, είτε και μετά την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ. Φυσικά αυτό δεν σημαίνει ότι η ύπαρξή των συνοδών προβλημάτων αφορά όλα τα παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ. Κάποια από αυτά ενδέχεται να τα παρουσιάζουν και κάποια άλλα όχι. Επομένως, ο εντοπισμός και η μεγαλύτερη διερεύνηση των προβλημάτων αυτών σηματοδοτεί και την καλύτερη αναγνώριση της συνοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ ενδεχομένως και με άλλες διαταραχές.

10. Συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ

10.1. Εισαγωγικά

Είναι φανερό, πως τα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας παρατηρούνται στην περίπτωση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Συνήθως, συνυπάρχει με άλλες διαταραχές σε ποσοστό 50-80% (Biederman et al., 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Η συννοσηρότητα αναφέρεται στην ψυχοπαθολογία ή συνύπαρξη δύο ή περισσότερων διαφορετικών διαταραχών. Περίπου το 44% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει μια πρόσθετη διαταραχή, το 32% παρουσιάζει δυο πρόσθετες διαταραχές, και το 11% παρουσιάζει τρεις επιπλέον διαταραχές (Szatmari et al., 1989b παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Τα υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας δεν επιτρέπουν την ερμηνεία αυτής της συνύπαρξης ως τυχαίας αλλά υποδηλώνουν ότι η κλινική αξιολόγηση και η θεραπευτική αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αλλά και ένα ευρύ φάσμα άλλων συναισθηματικών και αναπτυξιακών προβλημάτων καθώς και προβλημάτων συμπεριφοράς.

Ένα αυξανόμενο ερευνητικό ενδιαφέρον παρατηρείται τα τελευταία χρόνια για τη μελέτη της συννοσηρότητας κυρίως γιατί θεωρείται το κλειδί τόσο για την κατανόηση της ανάπτυξης της ψυχοπαθολογίας και την αποτελεσματική αντιμετώπιση των ψυχικών διαταραχών, όσο και για τη βελτίωση της νοσολογίας και των διαγνωστικών συστημάτων. Ο Cantwell (1996) και οι Airaksinen et al. (2004), αναφέρουν ότι τα δύο τρίτα των παιδιών με ΔΕΠ-Υ που φοιτούν στο Δημοτικό Σχολείο έχουν τουλάχιστον άλλη μία διαταραχή που μπορεί να διαγνωσθεί (Airaksinen et al. 2004· Cantwell, 1996).

Η συννοσηρότητα είναι έννοια αμφιλεγόμενη για τους ειδικούς. Όσο αφορά τις ψυχικές διαταραχές, θεωρούνται από πολλούς ειδικούς ακραίες μορφές συμπεριφοράς οι οποίες παρεκκλίνουν σε ορισμένο βαθμό από τη συνήθη συμπεριφορά, και όχι ποιοτικά διαφορετικές μορφές συμπεριφοράς οι οποίες διαφέρουν μεταξύ τους (Angold, 1988 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ορισμένες φορές λοιπόν η συννοσηρότητα αναφέρεται περισσότερο στην επικάλυψη συμπτωμάτων παρά στη συνύπαρξη διαφορετικών διαταραχών.

Η διαφορετική αντιμετώπιση της έννοιας της συννοσηρότητας από τα δύο βασικά διαγνωστικά εγχειρίδια, το DSM-IV και το ICD-10, παρουσιάζει εξαιρετικό ενδιαφέρον. Το DSM-IV ενθαρρύνει τη χρήση πολλαπλών διαγνώσεων και δεν κατηγοριοποιεί ξεχωριστά στις περιπτώσεις όπου συνυπάρχουν δύο διαταραχές. Αντίθετα, το ICD-10 περιλαμβάνει ορισμένες διαγνωστικές κατηγορίες οι οποίες αντιστοιχούν σε μεικτές διαταραχές, γεγονός που υποδηλώνει την πεποίθηση ότι σε ορισμένες περιπτώσεις η συννοσηρότητα δικαιολογεί την καθιέρωση ξεχωριστών διαγνωστικών κατηγοριών.

Είναι ευρέως παραδεκτό ότι σε περιπτώσεις όπου η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με άλλη διαταραχή η σοβαρότητα της κατάστασης είναι μεγαλύτερη και η πρόγνωση για την έκβαση της χειρότερη (Shaywitz & Shaywitz, 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σύμφωνα με κάποιους ερευνητές τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ από μόνα τους δεν δημιουργούν πολύ σοβαρά προβλήματα στο άτομο. Όταν όμως συνδυαστούν με αρνητικούς περιβαλλοντικούς παράγοντες ή άλλους παράγοντες που εγκυμονούν κινδύνους, τότε αυτά τα συμπτώματα φαίνεται να επιδεινώνονται δραματικά, να πολλαπλασιάζονται, να συντελούν στην εμφάνιση νέων διαφορετικών συμπτωμάτων και να επιδρούν με εξαιρετικά αρνητικό τρόπο στη λειτουργικότητα του ατόμου (Goldstein & Goldstein, 1998 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές δεν είναι τίποτε άλλο παρά το αποτέλεσμα, σε επίπεδο συμπεριφοράς, του συνδυασμού των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ με τις αρνητικές αντιδράσεις του περιβάλλοντος σε αυτά.

Ο ειδικός πρέπει να εντοπίσει τους παράγοντες που αλληλεπιδρούν με τα συμπτώματα της κυρίαρχης διαταραχής και δυσχεραίνουν την κατάσταση και στη συνέχεια να σχεδιάσει τη θεραπευτική παρέμβαση προσανατολιζόμενος στην κυρίαρχη διαταραχή, εφόσον λόγω της επιγένεσης των προβλημάτων πολλές φορές η παρέμβαση στο επίπεδο της κυρίαρχης διαταραχής λειτουργεί αποτελεσματικά και για τα συνυπάρχοντα δευτερογενή συμπτώματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

10.2. ΔΕΠ-Υ και Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή της Διαγωγής

Οι Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς φαίνεται να παρουσιάζουν τα υψηλότερα ποσοστά συνοσηρότητας με τη ΔΕΠ-Υ κυρίως με την Εναντιωτική Προκλητική διαταραχή (Ε.Π.Δ) και τη Διαταραχή Διαγωγής (Δ.Δ.). Το 35-60% κλινικού δείγματος παιδιών με ΔΕΠ-Υ πληροί επίσης τα κριτήρια για τη διάγνωση της Ε.Π.Δ. μέχρι την ηλικία των 7 ετών και το 30-50% πληροί τα κριτήρια για τη Δ.Δ. (Biederman et al., 1992 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Από τα παιδιά στα οποία γίνεται η διάγνωση ΔΕΠ-Υ ένα μεγάλο ποσοστό θα παρουσιάσει αργότερα διαταραχές διαγωγής ενώ ταυτόχρονα υπάρχουν συχνά δυσκολίες προσαρμογής και λειτουργικότητας στο περιβάλλον (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2002).

Στη εφηβεία μάλιστα η συνοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ και της Δ.Δ. βρίσκεται μεταξύ του 40-60% (Barkley et al., 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Επιπλέον, το 15-25% των παιδιών αυτών ενδέχεται στην ενηλικίωση να πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της Αντικοινωνικής Διαταραχής της Προσωπικότητας (Biederman et al., 1992· Weiss & Hechtman, 1993 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Η ΔΕΠ-Υ φαίνεται να είναι ένας από τους πλέον αξιόπιστους και πρώιμους παράγοντες πρόβλεψης για την εμφάνιση των εν λόγω διαταραχών (Fischer et al., 1993· Manuzza & Klein, 1992 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τα παιδιά στα οποία συνυπάρχει η ΔΕΠ-Υ με την Ε.Π.Δ. ή με τη Δ.Δ. φαίνεται ότι αποτελούν μία ομάδα, της οποίας η συμπτωματολογία είναι σοβαρότερη και η έκβαση δυσμενέστερη από ότι στις περιπτώσεις των παιδιών που παρουσιάζουν μόνο ΔΕΠ-Υ ή μόνο Ε.Π.Δ. Σε αυτήν την ομάδα σημειώνεται συχνά πρόωρη έναρξη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς, η οποία εμφανίζεται σε πιο επίμονη μορφή (Hinshaw et al., 1993 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Θα μπορούσε να υποστηριχθεί ότι η συνοσηρότητα μεταξύ ΔΕΠ-Υ και Ε.Π.Δ/Δ.Δ., καθώς και η χρονική στιγμή κατά την οποία αυτή η συνοσηρότητα εμφανίζεται, φαίνεται να αποτελούν πιο αξιόπιστους προγνωστικούς παράγοντες για την εξέλιξη των παιδιών αυτών από ότι ο βαθμός σοβαρότητας των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ (Barkley et al., 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον ερευνητή Κάκουρο (1998), στον Ελλαδικό χώρο, βρέθηκε ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ υποχωρούσαν στους έφηβους σε ποσοστό 80,5% εκεί όμως επειδή παρέμειναν εμφανίστηκαν παράλληλα και οι Διαταραχές Διαγωγής σε ποσοστό 75%. Διαπιστώθηκε επίσης, ότι οι έφηβοι οι οποίοι παρουσίασαν αργότερα Δ.Δ. γνώρισαν σε μεγαλύτερο βαθμό τη σχολική αποτυχία. (Κάκουρο, 1998 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Συνήθως, η Ε.Π.Δ. και η Δ.Δ. εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης λίγο αργότερα από τη ΔΕΠ-Υ (Barkley, 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Αυτό φαίνεται απόλυτα φυσιολογικό, αφού το παιδί με ΔΕΠ-Υ είναι εξαιρετικά δύσκολο, έρχεται συχνά σε σύγκρουση με το περιβάλλον του και η κακή ποιότητα των αλληλεπιδράσεων του με τους άλλους ανθρώπους συνιστά υψηλό παράγοντα κινδύνου για τη μεταγενέστερη εμφάνιση κάποιας Διασπαστικής Διαταραχής της Συμπεριφοράς (Goldstein & Goldstein, 1998 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Πολλές φορές οι γονείς δεν αντιλαμβάνονται αυτή τη αντιδραστική συμπεριφορά ως δυσκολία των παιδιών να προσαρμοστούν στις απαιτήσεις τους, αλλά ως σκόπιμη αντιδραστικότητα η οποία έχει ως στόχο τους ίδιους. Η συνεχής και μη ικανοποιητική ανταπόκριση των παιδιών στις απαιτήσεις των γονέων τους οδηγεί συχνά σε αύξηση της τιμωρητικής συμπεριφοράς από αυτούς και κατά συνέπεια σε μια ακόμη πιο αρνητική, προκλητική και αντιδραστική συμπεριφορά των παιδιών τόσο απέναντι στους γονείς τους όσο και απέναντι και σε άλλους φορείς εξουσίας.

Φαίνεται λοιπόν, ότι για ορισμένα παιδιά η αντικοινωνική συμπεριφορά είναι η άμεση συνέχιση των απαιτητικών προσπαθειών τους να ικανοποιήσουν επιθυμίες της στιγμής, για άλλα είναι μια αντίδραση στην αρνητική εικόνα που έχουν για τον εαυτό τους, για άλλα παιδιά πάλι αντανακλά την έλλειψη δεξιοτήτων που τα οδηγεί στην απόρριψη από την ομάδα των συνομηλίκων και στην απομόνωση.

Συμπερασματικά, η ΔΕΠ-Υ αποτελεί πολλές φορές τη βάση πάνω στην οποία αναπτύσσονται τα συμπτώματα των Διαταραχών Διασπαστικής Συμπεριφοράς (Angold, 1999 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000) ή ότι οι δύο διαταραχές αντικατοπτρίζουν διαφορετικές φάσεις της εκδήλωσης του ίδιου αιτιολογικού μηχανισμού (Rutter, 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Παρ' όλα αυτά δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να θεωρήσουμε ότι η ΔΕΠ-Υ καθαυτή οδηγεί σε

Ε.Π.Δ./Δ.Δ. Είναι η ποιότητα των ενδοοικογενειακών σχέσεων και οι περιβαλλοντικές συνθήκες μέσα στις οποίες μεγαλώνει ένα παιδί που θα καθορίσουν την πορεία την οποία θα ακολουθήσει το παιδί αυτό και την εκδήλωση ή μη της αντικοινωνικής συμπεριφοράς (Taylor et al., 1991· Κάκουρος, 1998 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

10.3. ΔΕΠ-Υ και Αγχώδεις Διαταραχές

Τα ερευνητικά δεδομένα για τη συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ τόσο με τις Αγχώδεις Διαταραχές όσο και με τις Διαταραχές της Διάθεσης είναι περιορισμένα και πολλές φορές αντιφατικά μεταξύ τους. Είναι πολύ πιθανό αυτό να εξηγείται με το γεγονός, ότι υπάρχει δυσκολία διάκρισης των συμπτωμάτων της κατάθλιψης και του άγχους στην παιδική ηλικία, καθώς φαίνεται να εκφράζουν ένα ευρύ φάσμα συναισθηματικών προβλημάτων (Achenman & Edelbrock, 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ και των Διαταραχών Άγχους υπολογίζεται μεταξύ του 25-40% σε κλινικά δείγματα (Biederman et al., 1992 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Μερικές έρευνες καταλήγουν στο εντελώς αντίθετο συμπέρασμα, ότι δηλαδή τα ποσοστά συννοσηρότητας ΔΕΠ-Υ και Διαταραχών Άγχους είναι υψηλότερα στο συνδυασμένο τύπο της ΔΕΠ-Υ (Cody et al., 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Τα ποσοστά συννοσηρότητας της ΔΕΠ-Υ και των Διαταραχών Άγχους σύμφωνα με διαχρονικές έρευνες μειώνονται πάρα πολύ στην εφηβεία (Russo & Biedel, 1994 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ορισμένες έρευνες (Jensen et al., 1993 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η συννοσηρότητα μεταξύ ΔΕΠ-Υ και των Διαταραχών Άγχους αποτελεί μια σοβαρότερη μορφή ψυχοπαθολογίας από ότι η αμιγής μορφή κάθε διαταραχής, ενώ άλλες έρευνες έδειξαν ότι δεν ισχύει κάτι τέτοιο (August et al., 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σε μια από αυτές μάλιστα, διαπιστώθηκε ότι στα παιδιά στα οποία συνυπάρχουν οι ΔΕΠ-Υ και οι Αγχώδεις Διαταραχές εμφανίζουν παρορμητικότητα σε μικρότερο βαθμό σε σύγκριση με τα παιδιά που παρουσιάζουν μόνο ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ο ερευνητής Barkley (1990), υποστηρίζει πως η οι ΔΕΠ-Υ και οι Αγχώδεις Διαταραχές δεν συνδέονται αιτιολογικά μεταξύ τους με κανένα τρόπο. Η αναγνώριση της συνοσηρότητας όμως από τον ειδικό είναι σημαντική επειδή απαιτείται διαφοροποίηση της φαρμακευτικής αγωγής που ίσως χορηγηθεί. Σύμφωνα με κάποια ερευνητικά δεδομένα, τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα που μερικές φορές χορηγούνται σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ ασκούν αρνητική επίδραση και φαίνεται να προκαλούν περισσότερες παρενέργειες στα παιδιά στα οποία η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με τις Αγχώδεις Διαταραχές (Barkley, 1990· Gittelman & Korlewitz, 1986 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

10.4. ΔΕΠ-Υ και Διαταραχές της Διάθεσης

Η ΔΕΠ-Υ και οι Διαταραχές της Διάθεσης συνυπάρχουν σε ποσοστό 30-50%, ανάλογα με τη διαταραχή που θεωρείται κυρίαρχη, ενώ υπάρχουν και έρευνες οι οποίες δεν βρίσκουν καμία σχέση μεταξύ αυτών των διαταραχών (McClelland et al., 1989· Barkley et al., 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Κάποιοι ερευνητές παρατηρούν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και οι μαθησιακές δυσκολίες ενδέχεται να παρουσιάζουν αυτό που οι Weiss και Hechtman (1986), ονομάζουν «σύνδρομο πτώσης του ηθικού», δηλαδή, μπορεί να εκφράζουν δηλαδή συναισθήματα απογοήτευσης και να θεωρούν ότι δεν αξίζουν τίποτα, κυρίως όσον αφορά τις σχολικές τους επιδόσεις. Τα παιδιά αυτά δίνουν στο χώρο του σχολείου την εικόνα της κατάθλιψης, η οποία δεν εμφανίζεται σε άλλα πλαίσια. Επίσης, επισημαίνεται ότι το «συναίσθημα λύπης» το οποίο χαρακτηρίζει κυρίως την «κατάθλιψη» ως σύμπτωμα, συχνά συνοδεύει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ως αποτέλεσμα απόρριψης τους από τους συνομηλίκους, της σχολικής τους αποτυχίας και της χαμηλής τους αυτοεκτίμησης (Barkley, 1990· Kazdin, 1989 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Μια άλλη θεωρία η οποία ερμηνεύει τη συνοσηρότητα μεταξύ ΔΕΠ-Υ και κατάθλιψης είναι αυτή που αναφέρεται στη συνύπαρξη τριών διαταραχών. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή, όταν συνυπάρχουν τρεις διαταραχές που σχετίζονται όλες μεταξύ τους, η συνοσηρότητα μεταξύ των δύο εξ αυτών δεν είναι τίποτε άλλο παρά το αποτέλεσμα

της ύπαρξης των άλλων δύο σύμφωνα με το μαθηματικό κανόνα «Αν $A=B$ και $B=\Gamma$, τότε και $A=\Gamma$ » (Angold et al., 1999 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Για παράδειγμα, τόσο η ΔΕΠ-Υ όσο και η Διαταραχή Διαγωγής παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά συννοσηρότητας με την κατάθλιψη. Ενδέχεται λοιπόν η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ να είναι απλώς το αποτέλεσμα της συνύπαρξης της ΔΕΠ-Υ και Δ.Δ. Αυτό είναι φυσικό επακόλουθο, εάν σκεφτεί κανείς ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ και Δ.Δ. έχουν κακές διαπροσωπικές σχέσεις και συχνά ερμηνεύουν τις αντιδράσεις των άλλων απέναντί τους ως εχθρικές. Επίσης, οι χαμηλές τους ακαδημαϊκές επιδόσεις με τις οποίες επιδέχονται συχνά επικρίσεις και τιμωρίες για τη συμπεριφορά τους, αποτελούν υψηλούς παράγοντες κινδύνου για την εμφάνιση κατάθλιψης (Caraldi, 1992 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Διάφορες κλινικές έρευνες κατέδειξαν ότι το 57-98% παιδιών και εφήβων με Διπολική Διαταραχή παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ (Borchardt & Berstein, 1995· West et al., 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000), ενώ τα ποσοστά εμφάνισης Διπολικής Διαταραχής σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ κυμαίνονται μεταξύ του 11-22% (Butler et al., 1995 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Ο Weiss (1997), παρατήρησε ότι τα ποσοστά αυτά στο γενικό πληθυσμό είναι εξαιρετικά χαμηλά και επομένως η ερμηνεία των ευρημάτων τέτοιου είδους ερευνών πρέπει να γίνεται με μεγάλη προσοχή και να λαμβάνεται σοβαρά υπόψη το είδος του δείγματος με βάση το οποίο μελετάται η συννοσηρότητα.

Πρόσφατες έρευνες υποστηρίζουν ότι η κατάσταση συνύπαρξης ΔΕΠ-Υ και Διπολικής Διαταραχής θα πρέπει να περιγράφεται ως ξεχωριστός τύπος της ΔΕΠ-Υ, ο οποίος ενδέχεται να αποτελεί τη μοναδική παραλλαγή της Διπολικής Διαταραχής με έναρξη κατά την παιδική ηλικία (Faraone et al., 1997b παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Συμπερασματικά, η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ δεν αυξάνει την πιθανότητα εμφάνισης Διπολικής Διαταραχής φαίνεται να αυξάνει τον κίνδυνο για ταυτόχρονη διάγνωση ΔΕΠ-Υ (Carlson, 1990· Biederman et al., 1995b παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Στον τομέα της θεραπευτικής παρέμβασης, όταν ο ειδικός διαπιστώνει τη συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και Διαταραχών της Διάθεσης, είναι σκοπιμότερο να ασχοληθεί πρώτα με τα συμπτώματα της δεύτερης διαταραχής. Σε αυτή την περίπτωση επίσης τα

αντικαταθλιπτικά φάρμακα προτιμώνται από τα ψυχοδιεγερτικά (Braswell & Bloomquist, 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

10.5. ΔΕΠ-Υ και Σύνδρομο Tourette

Το σύνδρομο «Gilles de la Tourette» χαρακτηρίζεται από διάφορα κινητικά τικ με παράλληλη παρουσία φωνητικών τικ. Μπορεί να υπάρξουν αλλαγές σχετικά με τον αριθμό, συχνότητα, μορφή και περιοχή εκδήλωσης των τικ. Αυτό το σύνδρομο εμφανίζεται συνήθως μεταξύ του 7^{ου} και 8^{ου} έτους και σχεδόν πάντα πριν από το 21^ο έτος. Έχει πάρει την ονομασία του από τον Γάλλο νευρολόγο G.de la Tourette, ο οποίος περιέγραψε το έτος 1885 το σύνδρομο αυτό με βάση τα συμπτώματα που παρατήρησε στη μαρκησία de Damierre, η οποία έζησε 86 χρόνια. Παιδιά και έφηβοι με το σύνδρομο «Gilles de la Tourette» παρουσιάζουν κατεξοχήν διαταραχές στην περιοχή της προσοχής και υπερκινητικότητα.

Ως αιτία του συνδρόμου θεωρούνται διαταραχές στο σύστημα των νευροδιαβιβαστών (ντοπαμίνης, νοραδρεναλίνης κ.α.), διαταραχές σε επίπεδο ωριμότητας των δομών του εγκεφάλου που είναι υπεύθυνες για κινητικές λειτουργίες. Όπως είναι γνωστό, διαταραχές σε επίπεδο νευροδιαβιβαστών συνευθύνονται μεταξύ άλλων στη συμπτωματολογία των διαταραχών προσοχής και συγκέντρωσής της (Μάνος, 1988, Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000, Reuner & Oberle, 2000 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

Η εμφάνιση του συνδρόμου Tourette συνήθως παρουσιάζεται μαζί με τις πιο συνήθεις νευροψυχιατρικές διαταραχές που είναι συνδεδεμένες με τικ, οι οποίες περιλαμβάνουν τον Αυτισμό, τον Σύνδρομο του Asperger, τη ΔΕΠ-Υ και τη σχιζοφρένεια (Chowdhury, 2008).

Η συνύπαρξη της ΔΕΠ-Υ και του συνδρόμου Tourette φαίνεται να μοιάζει ως προς τη φύση της με τη συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και Διπολικής Διαταραχής. Η ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ δεν φαίνεται να αυξάνει τις πιθανότητες εμφάνισης του συνδρόμου Tourette αλλά είναι πιθανό να εμφανιστεί μαζί με τη ΔΕΠ-Υ (Comings & Comings, 1988 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Όπως επισημαίνεται από κάποιους

ερευνητές, αυτό το υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας ενδέχεται να είναι το αποτέλεσμα της συχνότερης προσέλευσης στα ιατρικά κέντρα ατόμων στα οποία συνυπάρχουν οι δυο διαταραχές (Pauls et al., 1986· Shapiro & Shapiro, 1989 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

11. Η Αναπτυξιακή πορεία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ

11.1. Εισαγωγικά

Είναι φανερό πως τα χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ πιθανό να παρουσιάζουν κάποιες αλλαγές με το πέρασμά του χρόνου. Η αναπτυξιακή πορεία αυτών των παιδιών τους φέρνει «αντιμέτωπους» με διάφορες αλλαγές, είτε στα χαρακτηριστικά αυτής της διαταραχής, είτε στο τρόπο που εκδηλώνεται η συμπεριφορά τους. Κάποιοι ειδικοί υποστηρίζουν πως κάποια από τα χαρακτηριστικά αυτά είναι λιγότερο σοβαρά σε μεγαλύτερες ηλικίες ή μπορεί και να εξαφανιστούν εντελώς. Σε κάποιες έρευνες αντίθετα βρέθηκε ότι το 7-8% των παιδιών που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ, τα συμπτώματά τους δεν υποχωρούν στην εφηβεία και είναι πολύ πιθανό να συνεχίσουν να έχουν προβλήματα στο σχολείο, στο σπίτι και με τους συνομηλίκους τους. Σε όλα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ όμως, κάποια από τα συμπτώματά τους, είναι πιθανό να αλλάξουν και να εξαφανιστούν (Wender, 2000).

Η ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με τους Rucklidge & Tannock (2002), είναι σημαντική. Σε μια μικρή έρευνά τους διαπιστώθηκε ότι η ομάδα ατόμων που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ με έναρξη στη παιδική ηλικία παρουσίαζε βραδύτερο ρυθμό επεξεργασίας των πληροφοριών σε διάφορα γνωστικά έργα σε σχέση με την ομάδα ατόμων με έναρξη της ΔΕΠ-Υ στην εφηβική ηλικία. Άλλη έρευνα έδειξε ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ έχουν πολλαπλά αναπτυξιακά ελλείμματα π.χ. αισθησιοκινητικά, γλωσσικά, γνωστικά, εκτός των κύριων συμπτωμάτων της διαταραχής. Επίσης, ένα σχετικά υψηλό ποσοστό αυτών των παιδιών είχε σημαντικά ελλείμματα που έρχονταν της κλινικής προσοχής και παρέμβασης. Η συγκεκριμένη έρευνα που επαλήθευσε τα αποτελέσματα από αντίστοιχες προηγούμενες έρευνες, έδειξε ότι μια διαταραχή που φαίνεται να συνυπάρχει με τη ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία είναι η εκφραστική και αντιληπτική διαταραχή της γλώσσας (Yochman et al., 2006).

Σύμφωνα με τους ερευνητές Thomas και Chess (1977), τα παιδιά γεννιούνται με ορισμένες έμφυτες τάσεις, οι οποίες επηρεάζουν τόσο την ικανότητά τους να προσαρμόζονται και να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις του περιβάλλοντος όσο και τις

αντιδράσεις του περιβάλλοντος απέναντι στο παιδί (Thomas & Chess 1977 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Η γνώση των αναμενόμενων για κάθε ηλικία μορφών συμπεριφοράς και των σταδίων τα οποία ακολουθεί η ανάπτυξη του παιδιού είναι απαραίτητη προκειμένου ο ειδικός να είναι σε θέση να διακρίνει εκείνες τις μορφές συμπεριφοράς που ενώ είναι φυσιολογικές για μία ηλικία, παρεκκλίνουν του «φυσιολογικού» εάν εμφανίζονται σε μία άλλη. Άλλωστε, η ανάπτυξη, ιδιαίτερα κατά τη βρεφική ηλικία και τη νηπιακή ηλικία, ακολουθεί τόσο γρήγορους ρυθμούς που αν κανείς δεν τους γνωρίζει, ενδέχεται να παρερμηνεύσει ορισμένες μορφές συμπεριφοράς του παιδιού.

Είναι επομένως σημαντικό για τον ειδικό ο οποίος ασχολείται με τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν παιδιά και έφηβοι να συνεκτιμά στην αξιολόγηση του δύο βασικούς παράγοντες: την ηλικία του παιδιού και τον τρόπο με τον οποίο οι γονείς του αντιλαμβάνονται τις δυσκολίες του. Η κλινική εικόνα ενός παιδιού με κάποιες δυσκολίες εκτός από την ηλικία πολλές φορές μπορεί να διαφοροποιηθεί και με το φύλο του. Ιδιαίτερα στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ, η διαφοροποίηση των συμπτωμάτων της ανάλογα με την ηλικία είναι πολύ σημαντική.

Δεν αρκεί η γνώση των διαγνωστικών κριτηρίων μιας διαταραχής προκειμένου να κατανοηθεί η κατάσταση του παιδιού που την παρουσιάζει. Η έκβαση μιας διαταραχής δεν είναι αποτέλεσμα μόνο του βαθμού σοβαρότητας των συμπτωμάτων της, αλλά συσχετίζεται και με ένα πλήθος άλλων παραγόντων. Για παράδειγμα, ένα παιδί που παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ έρχεται στον κόσμο με ορισμένες δυσκολίες και ελλείμματα οργανικής αιτιολογίας.

Η μορφή όμως με την οποία θα εκδηλωθούν αυτά τα συμπτώματα, η επίδραση που θα ασκήσουν στους διάφορους τομείς της ανάπτυξής του και η εξέλιξη που τελικά το παιδί αυτό θα έχει στη ζωή του δεν καθορίζονται απλώς από την ποιότητα και την έκταση της οργανικής αιτιολογίας των δυσκολιών του. Αυτό που τελικά θα επηρεάσει αρνητικά την εξέλιξή του είναι κυρίως ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς και οι δάσκαλοι θα αντιληφθούν, θα ερμηνεύσουν και θα αντιδράσουν στις δυσκολίες αυτές και στα στοιχεία που θα επηρεάσουν το βαθμό στον οποίο οι αρχικές δυσκολίες του παιδιού ή θα περιοριστούν στο ελάχιστο δυνατόν ή θα μεγιστοποιηθούν και θα πολλαπλασιαστούν (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

11.2. Βρεφική ηλικία

Τον όρο «δύσκολο παιδί» τον έκανε ευρέως γνωστό το 1989 ο ερευνητής Turecki. Περιέγραψε ένα βρέφος του οποίου η ιδιοσυγκρασία δημιουργεί δυσκολίες στους γονείς του ήδη από τη στιγμή της γέννησής του. Θεωρούσε ότι τα δύσκολα παιδιά παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα δραστηριότητας, έντονες και απρόβλεπτες αντιδράσεις, δυσκολίες προσαρμογής σε νέες καταστάσεις και γενικά βρίσκονται συχνά σε κακή διάθεση (Turecki, 1989 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ένα δύσκολο βρέφος ενδέχεται να εμφανίσει αργότερα στη νηπιακή και παιδική ηλικία δυσκολίες διαφορετικού είδους, καθώς οι αρνητικές μορφές συμπεριφοράς που εμφανίζονται νωρίς κατά τη διάρκεια ανάπτυξης δεν οδηγούν κάθε φορά στην εμφάνιση των ίδιων δυσκολιών. Δεν μπορεί να προβλεφθεί εάν ένα δύσκολο βρέφος θα παρουσιάσει αργότερα μαθησιακές δυσκολίες, προβλήματα συμπεριφοράς, δυσκολίες προσαρμογής, διαταραχές προσοχής ή κάποια μορφή ψυχιατρικής διαταραχής. Δεν υπάρχει επομένως ένα συγκεκριμένο σύνολο μορφών συμπεριφοράς κατά τη βρεφική ηλικία το οποίο να οδηγεί άμεσα στη πρόγνωση εμφάνισης ΔΕΠ-Υ, αλλά μόνο ένα σύνολο μορφών συμπεριφοράς το οποίο τοποθετεί τα βρέφη αυτά σε ομάδα υψηλού κινδύνου για την εμφάνιση κάποιας αναπτυξιακής δυσκολίας (Ross & Ross, 1982 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τα δύσκολα βρέφη φαίνεται να παρουσιάζουν αυξημένα επίπεδα κινητικής δραστηριότητας και να δυσκολεύουν ιδιαίτερα τις μητέρες τους στην καθημερινή περιποίηση. Συνήθως κλαίνει περισσότερο από τα άλλα μωρά και το κλάμα τους είναι πιο οξύ, έντονο και παρατεταμένο (Wolff, 1969 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Αυτά τα βρέφη δεν έχουν σταθερό ωράριο ύπνου, ο ύπνος τους είναι ανήσυχος, ξυπνούν επανειλημμένα σε ακατάστατες ώρες και κλαίνει (Nichamin, 1972 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Μάλιστα, το πιο πιθανό είναι οι δυσκολίες στον ύπνο να συνεχιστούν και κατά την παιδική ηλικία (Luisada, 1969· Campbell et al., 1982 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Οι δυσκολίες των βρεφών αυτών επεκτείνονται πολλές φορές και στις διατροφικές τους συνήθειες. Είναι πεισματάρικα και συχνά δυσκολεύουν τις μητέρες τους στη μετάβαση από το γάλα στη στερεά τροφή (Ross & Ross, 1982 παραπομπή στο

Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Επίσης, στο ιστορικό των βρεφών αυτών αναφέρονται συχνά ορισμένοι δυσμενείς παράγοντες όπως κακή υγεία της μητέρας κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, κρίσεις εκλαμψίας, χαμηλό βάρος γέννησης κ.α. (Hartsough & Lambert, 1985 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005). Συχνά αναφέρεται στην υπάρχουσα βιβλιογραφία ότι αυτά τα βρέφη έχουν συχνά κωλικούς, αν και πολλές φορές αυτό που οι γονείς αναφέρουν ως κωλικό είναι απλώς μια κατάσταση αυξημένης ανησυχίας του βρέφους (Goldstein & Goldstein, 1998 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Όσον αφορά την περίπτωση της ΔΕΠ-Υ, διαχρονικές έρευνες έδειξαν ότι συχνά ήδη από τη βρεφική ηλικία υπήρχε δυσαρμονία στη σχέση των μητέρων με παιδιά τα οποία μεταγενέστερα έλαβαν τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ (Battle & Lacy, 1972 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Επιπρόσθετα, οι μητέρες των παιδιών αυτών ανέφεραν συχνά ότι από πολύ νωρίς ένιωθαν συναισθήματα άγχους και χαμηλής αυτοεκτίμησης σε ότι αφορούσε την ανατροφή των παιδιών τους. Λόγω της συχνής ύπαρξης κληρονομικής προδιάθεσης για την εμφάνιση ΔΕΠ-Υ, οι γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν συχνά και οι ίδιοι παρόμοια προβλήματα. Η αλληλεπίδραση όμως γονέων και παιδιού με παρόμοιες δυσκολίες συχνά έχει ως αποτέλεσμα το παιδί που βρίσκεται ήδη στην ομάδα υψηλού κινδύνου να συσσωρεύει αρνητικές εμπειρίες στην επικοινωνία του με το περιβάλλον, γεγονός που δυσχεραίνει τις ήδη υπάρχουσες δυσκολίες του.

Όπως παρατηρεί η Emmy Werner (1994), η εξέλιξη κάθε ήπιου οργανικού προβλήματος εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τις εμπειρίες που θα βιώσει το άτομο κατά τη διάρκεια της ζωής του. Επιπλέον, σύμφωνα με κάποιους ερευνητές κάποιες συμπεριφορές μαθαίνονται καλύτερα και παγιώνονται πιο βαθιά εάν ένα παιδί τις μάθει πολύ νωρίς και είναι πολύ δύσκολο να τις αλλάξει όταν μεγαλώσει (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Wender, 2000).

Επομένως, αν δεν γίνει έγκαιρη προσπάθεια να δημιουργηθεί ένα υποστηρικτικό περιβάλλον γύρω από τα παιδιά τα οποία ήδη από τη βρεφική τους ηλικία φαίνεται ότι αντιμετωπίζουν κάποιες δυσκολίες, τότε είναι πολύ πιθανή η εμφάνιση μια αλυσίδας αναπτυξιακών και συναισθηματικών προβλημάτων και προβλημάτων συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

11.3. Νηπιακή ηλικία

Ένα δύσκολο και με αυξημένη κινητική δραστηριότητα βρέφος συχνά εξελίσσεται σε ένα υπερκινητικό και αντιδραστικό στη συμπεριφορά του νήπιο (Barkley, 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Είναι σημαντικό ένας ειδικός να μπορεί να διακρίνει πότε η συμπεριφορά αυτή υποδηλώνει την αδυναμία του παιδιού να αποκτήσει ικανοποιητικό έλεγχο της συμπεριφοράς του λόγω υπερβολικής παρορμητικότητας και πότε αποτελεί μια ακραία μορφή της «φυσιολογικής» συμπεριφοράς ενός νηπίου το οποίο στην προσπάθειά του να αυτονομηθεί, να γνωρίσει και να ελέγξει το περιβάλλον του, εκδηλώνει υπερβάλλοντα ενθουσιασμό και ασυγκράτητη ενεργητικότητα (Campbell, 1985 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Πρέπει να γίνει κατανοητό ότι η σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ εξαρτάται από την αλληλεπίδραση του παιδιού με τις απαιτήσεις των ενηλίκων από αυτό. Άλλωστε, η συμπεριφορά ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας μπορεί να επηρεαστεί από μια πληθώρα περιβαλλοντικών παραγόντων. Ακόμη και η ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής του μπορεί να επηρεαστεί σε πολύ σημαντικό βαθμό από εξωγενείς παράγοντες. Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, σημαντικό μέρος των οποίων είναι η συμπεριφορά των γονέων, αποτελούν καλύτερους δείκτες πρόγνωσης της ικανότητας παρατεταμένης προσοχής του παιδιού από ότι οι βιολογικοί παράγοντες (Schneider & Hans, 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τα προβλήματα αυτά αφορούν συχνά μια ανικανότητα επεξεργασίας πολύπλοκων ακουστικών πληροφοριών όπως της ομιλίας. Ένα μεγάλο δείγμα των παιδιών με αυτού του είδους τις δυσκολίες δεν μπορεί να επεξεργαστεί πολύπλοκα ακουστικά σήματα, ακόμα και στο πιο αρχικό στάδιο. Μια άλλη διαταραχή που ενέχει απροσεξία και δυσκολίες στη μάθηση είναι η κεντρική διαταραχή της ακουστικής επεξεργασίας (CAPD). Έτσι η διαφοροδιάγνωση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και κεντρικής διαταραχής της ακουστικής επεξεργασίας (CAPD) είναι δύσκολη, λόγω της συμπερίληψης του ελλείμματος ακουστικής προσοχής στην δεύτερη. Οι ερευνητές πιθανολογούν ότι η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα σε παιδιά με κεντρική διαταραχή

της ακουστικής επεξεργασίας απορρέουν μάλλον από ακουστικά – γλωσσικά προβλήματα, παρά από την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ (Kraus et al., 1996· Riccio et al., 1994).

Τα συμπτώματα που μπορεί να παρουσιάζουν τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ είναι η παρορμητικότητα, η ανυπακοή και η τόλμη. Διαθέτουν ανεξάντλητα αποθέματα ενέργειας και η κινητικότητά τους είναι εξαιρετικά αυξημένη. Ενδέχεται επίσης να παρουσιάζουν δυσκολίες στο συντονισμό των κινήσεων τους και αδεξιότητα. Η πρόσφατη θεωρία του Barkley (1997, 1998), θεωρεί ότι η κεντρική δυσλειτουργία στη ΔΕΠ-Υ είναι το έλλειμμα στην αναστολή της συμπεριφοράς, που εκφράζεται μέσω προβλημάτων στην εργαζόμενη μνήμη, την αυτορρύθμιση συναισθήματος – κινήτρων-διέγερσης, την εσωτερίκευση του λόγου και την ανάλυση/ σύνθεση της συμπεριφοράς. Οι τέσσερις αυτές λειτουργίες φέρνουν τη συμπεριφορά υπό τον έλεγχο εσωτερικά αναπαριστώμενων πληροφοριών και αυτό-καθοδηγούμενων ενεργειών. Ως αποτέλεσμα αυτών των διεργασιών, υπάρχει στόχο-κατευθυνόμενη δραστηριότητα και επιμονή σε περιστάσεις επίτευξης στόχων (Barkley, 1997, 1998 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Οι Lawrence et al. (2004) υποστηρίζουν ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν ελλείμματα στις εκτελεστικές λειτουργίες (εργαζόμενη μνήμη, επιλεκτική προσοχή, αναστολή της συμπεριφοράς, σχεδιασμό της δράσης) και μειωμένη ταχύτητα επεξεργασίας πληροφοριών τόσο σε πραγματικές δραστηριότητες όσο και σε νευροψυχολογικές διαδικασίες (Lawrence et al., 2004).

Κάποια άλλα χαρακτηριστικά των παιδιών προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠ-Υ είναι οι έντονες εκρήξεις οργής όταν θυμώνουν ή απογοητεύονται και οι παράλογες απαιτήσεις (Ρούσσου, 1988 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Η απρόβλεπτη συμπεριφορά τους αποτελεί συνήθως έντονη πηγή άγχους για την οικογένεια, καθώς ούτε η απειλή της τιμωρίας ούτε η υπόσχεση κάποιας αμοιβής φαίνεται να επηρεάζουν αυτή τη συμπεριφορά. Πρέπει ωστόσο να επισημανθεί ότι οι δυσκολίες αυτού του τύπου είναι πολύ μικρότερες στα νήπια με ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο, γι' αυτό πολλές φορές δεν γίνονται αντιληπτές από τους γονείς μέχρι το παιδί να πάει στο σχολείο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Κατά την διάρκεια προσχολικής περιόδου τα περισσότερα παιδιά αναπτύσσουν τις βασικές και θεμελιώδεις κοινωνικές δεξιότητες. Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας τα

οποία παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ συνήθως δεν αναπτύσσουν ικανοποιητικά αυτές τις δεξιότητες. Επειδή δεν έχουν ακόμη αναπτύξει οργανωμένους τρόπους αρνητικής κοινωνικής αλληλεπίδρασης, δυσκολεύονται ιδιαίτερα να ενσωματωθούν αποτελεσματικά στην ομάδα των συνομηλίκων τους (Campbell & Cluss, 1982 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Παρουσιάζουν επίσης, έντονη επιθετικότητα, είναι λιγότερο συνεργάσιμα και υποχωρητικά, εμπλέκονται συχνότερα σε καβγάδες και δυσκολεύονται να συμμετάσχουν ικανοποιητικά σε ομαδικές δραστηριότητες (Alessandri, 1992 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τα νήπια με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν πολλές φορές καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και αντιμετωπίζουν προβλήματα ομιλίας σε υψηλότερα ποσοστά από ότι τα «φυσιολογικά» νήπια (Baker & Cantwell, 1987 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Η πιο συχνή ψυχιατρική διάγνωση παιδιών με γλωσσικές διαταραχές είναι η ΔΕΠ-Υ και αυτά τα παιδιά αξιολογούνται από τους γονείς ή τους δασκάλους τους ότι έχουν πιο σοβαρά προβλήματα προσοχής από τα παιδιά χωρίς διαταραχές λόγου. Στην έρευνα των Tirosh & Cohen (1998) το 45% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ βρέθηκε να έχει και διαταραχές λόγου. Επίσης, σχεδόν το 60% των παιδιών προσχολικής ηλικίας που εκδηλώνει ειδικές διαταραχές στη γλώσσα και την ομιλία (διαταραχές επικοινωνίας), πληρεί, και τα κριτήρια για ΔΕΠ-Υ (Cohen et al., 2000· Cohen et al., 1998· Tannock, 2005).

Οι αντιληπτικές διαταραχές της γλώσσας είναι παράγοντας υψηλού ψυχιατρικού κινδύνου, οι οποίες είναι συχνά αδιάγνωστες. Οι Toppelberg & Shapiro (2000), επικαλούμενοι τις σχετικές έρευνες από το 1990 ως το 2000 θεωρούν ότι οι διαταραχές στην έκφραση και την αντίληψη της γλώσσας στη πρώιμη παιδική ηλικία αποτελούν δείκτη για σύγχρονα ή μελλοντικά προβλήματα ψυχικής υγείας στα παιδιά, και προβλέπουν εκτός άλλων τις διαταραχές της συμπεριφοράς, όπως τη ΔΕΠ-Υ. Εξάλλου έχει επανειλημμένα παρατηρηθεί ότι τα παιδιά που αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ανάπτυξη του λόγου διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αναπτύξουν μια ευρεία κλίμακα προβλημάτων συμπεριφοράς (Cohen et al., 1989 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Οι γλωσσικές διαταραχές συνδέονται στενότερα με τη ΔΕΠ-Υ παρά οι διαταραχές ομιλίας. Καταρχάς δυσκολεύονται στην εσωτερίκευση του λόγου και στην

επίλυση προβλημάτων που απαιτούν οργάνωση της σκέψης με βάση λογικούς κανόνες. Επιπλέον, δυσκολεύονται στην άρθρωση ορισμένων λέξεων αλλά και στη σύνταξη και τη δομή του λόγου. Τέλος, δυσκολεύονται να προχωρήσουν στην εσωτερική λεκτική αναπαράσταση των αντικειμένων (Oram et al., 1999).

Φαίνεται, τα νήπια με ΔΕΠ-Υ να είναι περισσότερο προσκολλημένα από ότι τα φυσιολογικά νήπια στα πραγματικά αντικείμενα, τα οποία χρειάζεται να αγγίζουν προκειμένου να λαμβάνουν μέσω των αισθήσεων τις πληροφορίες και τα ερεθίσματα του περιβάλλοντος (Funk & Ruppert, 1984 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Συμπερασματικά, φαίνεται, ότι οι ενδείξεις τις οποίες έχει στη διάθεσή του ένας ειδικός, προκειμένου να εντοπίσει έγκαιρα την πιθανότητα εμφάνισης ΔΕΠ-Υ σε ένα νήπιο, μπορεί να είναι πολλές. Η αξιολόγηση της συμπεριφορά ενός παιδιού προσχολικής ηλικίας θα πρέπει να γίνεται με προσοχή και σε συνάρτηση τόσο με τις «φυσιολογικές» μορφές συμπεριφοράς αυτής της ηλικίας όσο και με τις απαιτήσεις του περιβάλλοντος από το παιδί. Αυτό φυσικά δεν σημαίνει σε καμία περίπτωση ότι οι ενδείξεις για την ύπαρξη ΔΕΠ-Υ στην προσχολική ηλικία πρέπει να αγνοούνται, καθώς η παράβλεψή τους ενδέχεται να οδηγήσει στην απώλεια πολύτιμου χρόνου για την έγκαιρη αντιμετώπισή τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

11.4 Σχολική ηλικία

Για πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ, η είσοδος στο σχολείο, σηματοδοτεί την εμφάνιση νέων συμπτωμάτων που σχετίζονται με τη σχολική εργασία. Οι δυσκολίες των παιδιών αυτών, αρχίζουν σταδιακά να αυξάνονται, με την έναρξη του σχολείου, καθώς στα ήδη υπάρχοντα προβλήματα προστίθενται συχνά οι μαθησιακές δυσκολίες και τα παράπονα των παιδαγωγών για τη συμπεριφορά τους στη τάξη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2005).

Στην ηλικία αυτή τα περισσότερα παιδιά έχουν αναπτύξει δεξιότητες οι οποίες τα βοηθούν να ανταποκριθούν στις απαιτήσεις του σχολείου, όπως είναι η ικανότητα να διατηρούν για μεγάλο χρονικό διάστημα την προσοχή τους σε κάτι, να τηρούν κανόνες, να συνεργάζονται, να ακολουθούν οδηγίες. Έχουν επίσης αναπτύξει και γνωστικές ικανότητες που διευκολύνουν την εκμάθηση της ανάγνωσης και της γραφής. Στα παιδιά

με ΔΕΠ-Υ, όμως, οι ικανότητες αυτές όχι μόνο δεν είναι επαρκώς ανεπτυγμένες, αλλά η ελλειμματική φύση μερικών από αυτές αποτελεί κεντρικό σύμπτωμα της διαταραχής (Barkley, 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Οι γονείς ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ σχολικής ηλικίας συχνά παραπονιούνται ότι το παιδί αυτό σπάνια ολοκληρώνει τις δραστηριότητες τις οποίες ξεκινά, ιδιαίτερα αν αυτές σχετίζονται με τη σχολική εργασία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σχετικά με κάποιες μελέτες, υπάρχει η θέση ότι υπάρχουν διακριτά ελλείμματα στις διαδικασίες των κινήτρων και λήψης αποφάσεων στα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, η οποία υποστηρίζει τα πρόσφατα μοντέλα διπλής οδού (εκτελεστικές λειτουργίες και κίνητρα) για τη ΔΕΠ-Υ (Toplak et al., 2005· Castellanos et al., 2006).

Σχετική άποψη έχουν κι άλλοι ερευνητές, καθώς προτείνουν ότι το πρωταρχικό έλλειμμα στη ΔΕΠ-Υ βρίσκεται στη ρύθμιση της διάθεσης και στη χαμηλή διέγερση, με αποτέλεσμα οι αντιδράσεις των παιδιών με ΔΕΠ-Υ να φαίνονται ως αργές, ασυνεπείς και χωρίς ακρίβεια. Ακόμη, σύμφωνα με την έρευνά τους, τα ειδικά ελλείμματα αφορούν την αργή ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών και τη μεγάλη διακύμανση στο χρόνο αντίδρασης (Wu et al., 2006).

Εκτός λοιπόν από τις εγγενείς δυσκολίες συγκέντρωσης της προσοχής που αντιμετωπίζει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, η τάση του να εγκαταλείπει εύκολα την προσπάθεια ενισχύεται επιπλέον από τη συμπεριφορά των γονέων του, αφού σε τελική ανάλυση η εγκατάλειψη της προσπάθειας είναι εκείνο που αποσπά την προσοχή τους και όχι η επιμονή σε αυτήν και η ολοκλήρωση της δραστηριότητας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Μια ανάλογη μορφή αρνητικής ενίσχυσης παρέχεται στα παιδιά σχολικής ηλικίας και από τους παιδαγωγούς. Η υπερκινητική και παρορμητική τους συμπεριφορά τα εμποδίζει να παραμείνουν καθιστά για πολλή ώρα και να παρακολουθήσουν με ησυχία το μάθημα. Επιπλέον, επειδή αυτά τα παιδιά δυσκολεύονται να ανεχθούν την καθυστέρηση στην εκπλήρωση των επιθυμιών τους, πολλές φορές «πετάγονται» χωρίς να τους έχει δοθεί ο λόγος, θυμώνουν εύκολα και γενικά δυσκολεύουν εξαιρετικά τους δασκάλους τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την παροχή αρνητικής ενίσχυσης και από τους παιδαγωγούς, οι οποίοι τελικά ασχολούνται με τα παιδιά αυτά κάθε φορά που ενοχλούνται από τη συμπεριφορά τους. Με τον τρόπο αυτό τα παιδιά μαθαίνουν ότι οι

άλλοι ασχολούνται μαζί τους κάθε φορά που γίνονται ενοχλητικά, επομένως, οι εγγενείς δυσκολίες αυτορρύθμισης αυξάνονται, αφού τα παιδιά δεν έχουν κανένα κίνητρο να προσπαθήσουν να ελέγξουν τη συμπεριφορά τους και να αναστείλουν τις ανεπιθύμητες για το περιβάλλον αντιδράσεις τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η έλλειψη ενδιαφέροντος σε σχολικές δραστηριότητες είναι ακόμη ένα χαρακτηριστικό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ σχολικής ηλικίας, πράγμα το οποίο πολλές φορές τους οδηγεί στην άσκοπη ενασχόληση τους με άλλα πράγματα (Douglas, 1972 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Συνήθως, η συμπεριφορά τους χαρακτηρίζεται από ασυνέπεια και ερμηνεύεται συχνά από τους δασκάλους ως τεμπελιά και έλλειψη προσπάθειας, πράγμα το οποίο, έχει ως αποτέλεσμα την άσκηση πίεσης και τη διατύπωση συνεχών παρατηρήσεων. Για ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ, όμως, η ασυνέπεια αυτή είναι αποτέλεσμα της παρορμητικής συμπεριφοράς του και του βαθμού κινητοποίησης και διέγερσης της προσοχής του την ώρα που ασχολείται με τη συγκεκριμένη δραστηριότητα.

Σε αυτή τη ηλικία τα περισσότερα παιδιά είναι σε θέση να αναγνωρίζουν ότι είναι υπεύθυνα για τις πράξεις τους και ότι οι συνέπειες των ενεργειών τους εξαρτώνται από τα ίδια, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Συνήθως αποδίδουν στους άλλους την ευθύνη των πράξεών τους και δεν πιστεύουν ότι μπορούν τα ίδια να ελέγξουν αυτό που θα τους συμβεί. Η έλλειψη εμπιστοσύνης στον εαυτό τους, η οποία ενισχύεται από τη συμπεριφορά γονέων και δασκάλων, αυξάνει ακόμη περισσότερο την τάση αυτών των παιδιών να είναι απρόσεκτα και να εγκαταλείπουν εύκολα την προσπάθεια, αφού δεν πιστεύουν ότι η επιτυχία εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τη δική τους προσπάθεια αλλά από εξωγενείς παράγοντες (Milich & Okazaki, 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Λόγω της μειωμένης διάρκειας συγκέντρωσης της προσοχής τους κατά την μελέτη, τα παιδιά αυτά έχουν λιγότερες πιθανότητες από τους συμμαθητές τους να ανταποκριθούν ικανοποιητικά στις απαιτήσεις της τάξης τους. Ακόμη και στην περίπτωση που δεν αντιμετωπίζουν ειδικές μαθησιακές δυσκολίες, μέχρι να φτάσουν στο γυμνάσιο θα έχουν ήδη πολλά κενά τόσο στον τομέα της σχολικής μάθησης όσο και στους τομείς των ευρύτερων γνώσεών τους (Cantwell & Baker, 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα τη βίωση επανειλημμένων εμπειριών αποτυχίας, κυρίως στο σχολικό πλαίσιο, και την υιοθέτηση της αντίληψης ότι ο έλεγχος της συμπεριφοράς είναι εξωτερικός. Η αντίληψη αυτή αυξάνει τον κίνδυνο να αναπτύξουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, η οποία με τη σειρά της αποτελεί αρνητικό προγνωστικό παράγοντα για την εξέλιξή τους (Patterson et al., 1992 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Οι διαπροσωπικές τους σχέσεις σε αυτή τη ηλικία είναι αρκετά φτωχές και σχεδόν ανύπαρκτες. Κοινωνιομετρικές έρευνες δείχνουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ επιλέγονται σπανιότερα για παρέα από τους συνομηλίκους. Εκτός από την επιθετικότητα και την παρορμητικότητα που χαρακτηρίζει αυτά τα παιδιά, οι οποίες τους κάνουν λιγότερο αγαπητούς στους συνομηλίκους τους, είναι και η έλλειψη ή η κακή χρήση ορισμένων κοινωνικών δεξιοτήτων, όπως η ικανότητα να ακούν προσεκτικά το συνομιλητή τους, να συμμετέχουν σε συζητήσεις και να περιμένουν τη σειρά τους σε παιχνίδια. Επίσης, οι κακές διαπροσωπικές σχέσεις των παιδιών αυτών δείχνουν να επιδεινώνονται όταν η ΔΕΠ-Υ συνυπάρχει με μαθησιακές δυσκολίες (Flicek, 1992 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τέλος, η σχολική ηλικία αποτελεί μια περίοδο κατά την οποία η ποιότητα της αλληλεπίδρασης του παιδιού με ΔΕΠ-Υ με το περιβάλλον του θα καθορίσει σε μεγάλο βαθμό την εξέλιξή του στην εφηβεία και στην ενήλικη ζωή. Είναι χαρακτηριστικό ότι ανάμεσα στις ηλικίες των 7 και 10 ετών τουλάχιστον 30-50% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να παρουσιάσει Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή Διαγωγής (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Η έκβαση της διαταραχής στην εφηβεία για αυτά τα παιδιά θα είναι δυσμενέστερη από ότι για τα παιδιά τα οποία θα συνεχίσουν να παρουσιάζουν αμιγή συμπτώματα ΔΕΠ-Υ (Barkley, 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

11.5. Εφηβική ηλικία

Οι έφηβοι οι οποίοι διαγνώστηκαν με ΔΕΠ-Υ ως παιδιά, στην συντριπτική πλειοψηφία συνεχίζουν να πληρούν τα κριτήρια αυτής της διαταραχής και στην εφηβεία. Ακόμη και στην περίπτωση που τα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας υποχωρούν σε κάποιο βαθμό, τα συμπτώματα της απροσεξίας καθώς και τα δευτερογενή προβλήματα που απορρέουν από τη ΔΕΠ-Υ παραμένουν, εντείνονται και περιπλέκονται στην εφηβεία (Weiss & Hechtman, 1979· Κάκουρος, 1998 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Οι περισσότερες έρευνες συνηγορούν υπέρ της άποψης ότι οι Διαταραχές Διασπαστικής Συμπεριφοράς, στις οποίες εντάσσεται και η ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζουν τη μεγαλύτερη σταθερότητα από όλες τις διαταραχές της παιδικής ηλικίας κατά τη διάρκεια της ανάπτυξης (Campbell & Ewing, 1990· Moffitt, 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Όταν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ παραμένουν στην εφηβεία σε ένα σημαντικά μεγάλο βαθμό, ανέρχονται ειδικά ζητήματα στην επιφάνεια, επειδή τα προβλήματα της ΔΕΠ-Υ αλληλεπιδρούν με τις φυσιολογικές αλλαγές που εμφανίζονται όταν ένα παιδί γίνεται έφηβος. Είναι γενικά παραδεκτό ότι η μετάβαση ενός οποιουδήποτε ατόμου από την παιδική στην εφηβική ηλικία βασίζεται, μεταξύ άλλων, στις θετικές εμπειρίες που έχει αποκτήσει στους τομείς της ακαδημαϊκής επίδοσης και των κοινωνικών του σχέσεων. Αυτοί ακριβώς όμως είναι οι τομείς στους οποίους οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ ενδέχεται να έχουν αντιμετωπίσει σοβαρές δυσκολίες και σε ορισμένες περιπτώσεις, να έχουν βιώσει έντονη αποτυχία στη σχολική ηλικία. Αυτό δείχνει ότι η ύπαρξη ΔΕΠ-Υ αυξάνει τις δυσκολίες προσαρμογής του ατόμου και επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την εξέλιξη του, ακόμη και αν δεν συνυπάρχουν άλλες διαταραχές (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Wender, 2000).

Ως παιδιά που εισέρχονται στην εφηβεία, οι σχέσεις με τους συνομηλικούς τους έχει μεγαλύτερο αντίκτυπο σε αυτούς παρά όταν ήταν παιδιά. Για ένα έφηβο με ΔΕΠ-Υ αυτές οι σχέσεις συνήθως παρουσιάζουν προβλήματα εφόσον συνεχίζουν να παρουσιάζουν μειωμένες κοινωνικές δεξιότητες και δυσκολίες στο να κάνουν εύκολα φίλους. Αυτό είναι ακόμη πιο οδυνηρό στην εφηβεία από ότι στην παιδική ηλικία (Wender, 2000).

Ο Barkley και οι συνεργάτες του, μελέτησαν την εξέλιξη 100 παιδιών με ΔΕΠ-Υ από την παιδική ηλικία μέχρι την ενηλικίωση, σε μία έρευνα η οποία διήρκεσε 16 χρόνια. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι περίπου το 80% των παιδιών τα οποία είχαν λάβει τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ τη διατηρούσαν 8 χρόνια αργότερα. Ένα ποσοστό 60% είχε αναπτύξει επιπλέον Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή ή Διαταραχή της Διαγωγής. Επίσης, σε ιδιαίτερα υψηλά ποσοστά στους εφήβους με ΔΕΠ-Υ εμφανίζονταν η κατάχρηση ουσιών, η νεανική παραβατικότητα και η σχολική αποτυχία, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Ωστόσο ο καταλυτικός παράγοντας για την αρνητική εξέλιξη στην εφηβεία αυτών των παιδιών είναι η συννοσηρότητα μεταξύ ΔΕΠ-Υ και Εναντιωτικής Προκλητικής Διαταραχής ή Διαταραχής της Διαγωγής (Barkley, Grodzinsky, & DuPaul, 1992; Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τα αποτελέσματα κάποιων ερευνών ενισχύουν αυτή την άποψη, αφού έδειξαν ότι ακόμη και σε σχέση με την κλινική ομάδα, οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ έχουν χαμηλότερη ακαδημαϊκή επίδοση και χειρότερη κοινωνική και συναισθηματική προσαρμογή. Μάλιστα, η συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και Διαταραχής της Διαγωγής με πρόωπη έναρξη κατά την παιδική ηλικία φαίνεται να αποτελεί τον ισχυρότερο προγνωστικό δείκτη για δυσμενή εξέλιξη στην εφηβεία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Σύμφωνα με κάποια ερευνητικά δεδομένα οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ έχουν πιο πολλές πιθανότητες να αναπτύξουν κατάθλιψη κατά τη εφηβική ηλικία σε σχέση με «φυσιολογικούς» έφηβους. Επίσης, ο συνδυασμός όλων αυτών των δυσκολιών έχει ως αποτέλεσμα την δημιουργία χαμηλής αυτοεκτίμησης προς τον εαυτό τους και την έλλειψη επικοινωνίας με τους συνομηλίκους τους. Μάλιστα, η έλλειψη αυτοπεποίθησης τους εμποδίζει να ωριμάσουν και να αναπτύξουν συναισθήματα αυτό-επάρκειας και πνευματικής ελευθερίας. Το κατά πόσο θα είναι αυτόνομα ως άτομα εξαρτάται από τους γονείς και το περιβάλλον τους. Οι προτιμήσεις τους στο στυλ των μαλλιών, στη μόδα, στις πολιτικές πεποιθήσεις, στη μουσική, στη συμμετοχή τους σε μια κοινωνική ομάδα και σε άλλα, είναι αποτέλεσμα της εγγύησης και εμπλοκής της οικογένειας τους (Wender, 2000).

Η συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με τη Διαταραχή της Διαγωγής είναι πιθανό να οδηγήσει τους εφήβους αυτούς στην κατάχρηση ουσιών αλλά και στην αντικοινωνική

συμπεριφορά. Η πρόωμη έναρξη Διαταραχής της Διαγωγής και ο βαθμός επιθετικότητας στην παιδική ηλικία αποτελούν ισχυρούς προγνωστικούς δείκτες για την ανάμειξη ή τη συμμετοχή της ομάδας αυτής των εφήβων σε παράνομες και εγκληματικές ενέργειες (Bukstein et al., 1989· Lochman & Wayland, 1994 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ένα ακόμη πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ είναι η δυσκολία στο να δημιουργήσουν σχέσεις με ένα άτομο του αντίθετου φύλου. Λόγω αυτής της κοινωνικής ανικανότητας, μπορεί ο έφηβος/η με ΔΕΠ-Υ να μην είναι ντροπαλός, αλλά να μην μπορεί να δημιουργήσει σχέσεις εξαιτίας της κοινωνικής «αφέλειας» που τους χαρακτηρίζει. Επίσης, η έλλειψη «ελέγχου» του εαυτού τους κάνει ακόμα πιο δύσβατο το δρόμο προς την εφηβική απελευθέρωση προκαλώντας ένα σωρό άλλες δυσκολίες, όπως είναι τα αισθήματα αυξημένης ανησυχίας και νευρικότητας, η σχολική αποτυχία, η ανώριμη συμπεριφορά, το χαμηλό επίπεδο ανοχής στη ματαίωση και η ανυπακοή (Wender, 2000).

Είναι εμφανές ότι η μορφή που παίρνουν οι εκδηλώσεις της ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία διαφέρουν κατά πολύ από τις αντίστοιχες εκδηλώσεις της στις προηγούμενες ηλικίες. Φαίνεται λοιπόν ότι η έκβαση της ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία είναι το αποτέλεσμα της μακρόχρονης αλληλεπίδρασης μιας σειράς παραγόντων, περιβαλλοντικής κυρίως φύσης, με τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Μερικοί από τους παράγοντες οι οποίοι θα επηρεάσουν την αυτοαντίληψη του παιδιού και το επίπεδο αυτοεκτίμησής του, την ικανότητά του να δημιουργεί και να διατηρεί υγιείς κοινωνικές σχέσεις και το βαθμό στον οποίο θα μάθει να ελέγχει το ίδιο τις δυσκολίες του εξαρτάται από την κοινωνικό-οικονομική κατάσταση της οικογένειας, την ενδεχόμενη ύπαρξη ΔΕΠ-Υ ή άλλων ψυχιατρικών προβλημάτων στους γονείς, τη μορφή επικοινωνίας που θα αναπτυχθεί μεταξύ των γονέων και του «δύσκολου» παιδιού τους, τη έγκαιρη ή μη έγκαιρη διάγνωση της διαταραχής και ο τρόπος με τον οποίο οι γονείς θα αντιληφθούν και θα ερμηνεύσουν τη συμπεριφορά του παιδιού τους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τέλος, ο ρόλος του ειδικού ο οποίος θέτει τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, σε ένα παιδί δεν πρέπει να περιορίζεται στην εφαρμογή ενός προγράμματος αντιμετώπισης των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, αλλά κυρίως στην πρόληψη εμφάνισης των δευτερογενών προβλημάτων, τα οποία τελικά θα καθορίσουν την έκβαση της διαταραχής τόσο στην

εφηβεία όσο και στην ενήλικη ζωή. Χρειάζονται στήριξη και οι γονείς ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ, καθώς και η προώθηση της καλής λειτουργίας της οικογένειας και η βελτίωση των γονεϊκών δεξιοτήτων, οι οποίες θέτουν τις βάσεις για την ανάπτυξη ενός υποστηρικτικού πλαισίου το οποίο θα αναστείλει την εμφάνιση των δευτερογενών συμπτωμάτων της διαταραχής (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

11.6. ΔΕΠ-Υ και Ενηλικίωση

Έρευνες οι οποίες παρακολουθούν τα παιδιά τα οποία έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ, υποστηρίζουν ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ είναι πιθανόν να παραμείνουν σε ένα σημαντικό βαθμό και στην ενήλικη ζωή. Στην έρευνα των Denckle et al. (1976), βρέθηκε ότι μεταξύ του 31% και 66% των ενηλίκων που έχουν ιστορικό ΔΕΠ-Υ στην παιδική τους ηλικία, συνεχίζουν να έχουν συμπτώματα αυτής της διαταραχής και στην ενήλική τους ζωή. Με λίγα λόγια το ένα τρίτο των ατόμων με ΔΕΠ-Υ διατηρούν πλήρως αυτή τη διάγνωση και στη ενηλικίωσή τους (Denckle et al. 1976 παραπομπή στο Munden & Arcelus, 1999).

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ τα οποία φαίνεται να παραμένουν σχεδόν για πάντα είναι η δυσκολία για παρατεταμένη συγκέντρωση της προσοχής και η δυσκολία για αναστολή των παρορμητικών αντιδράσεων (Barkley, 1990· Weiss & Hechtman, 1993 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Σύμφωνα με τους ερευνητές Ossmann και Mulligan (2003), οι περισσότεροι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν γνωστικά ελλείμματα και η χωρητικότητα της εργαζόμενης τους μνήμης είναι μειωμένη (Ossmann & Mulligan, 2003).

Σχετικά με τις έρευνες περίπου το 33% των ενηλίκων αυτών έχει εγκαταλείψει το σχολείο και το 25% έχει αναπτύξει χρόνιες μορφές αντικοινωνικής συμπεριφοράς, στις οποίες περιλαμβάνονται οι δυσκολίες ανάπτυξης θετικών προσωπικών σχέσεων, η ασταθής επαγγελματική απασχόληση, η κατάχρηση ουσιών και η ανάμειξη σε εγκληματικές ενέργειες (Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990· Klein & Mannuzza, 1991 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Κάποια άλλα συμπτώματα τα οποία χαρακτηρίζουν τους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ είναι το ότι μπορούν εύκολα να γίνουν «κινούμενος στόχος» για τους άλλους, να είναι αφελείς, να υπερβάλλουν και να κάνουν απρόσεκτα λάθη. Κάνουν λάθη στην ορθογραφία και στην αριθμητική, συνήθως όταν οδηγούν παίρνουν το αντίθετο ρεύμα πορείας και γίνονται εύκολα έξαλλοι. Η αμηχανία είναι το αποτέλεσμα κάποιων κοινωνικών καταστάσεων τις οποίες δεν μπορούν να ελέγξουν οι ενήλικοι με ΔΕΠ-Υ. Επίσης, είναι ανίκανοι να παρακολουθήσουν μια συζήτηση προσεκτικά και συνήθως οδηγούνται σε συγκρούσεις στις σχέσεις τους. Οι δυσκολίες τους είναι αμέτρητες στη διοργάνωση και στη προσωπική οργάνωση, πράγμα το οποίο τους στιγματίζει με την ταμπέλα των «αναβλητικών» ατόμων, ή των τεμπέληδων, ακόμα και των μη πειθαρχημένων. Επίσης, εύκολα ξεχνάνε πράγματα πίσω όπως το πορτοφόλι, το διαβατήριο, διάφορα ραντεβού και συνήθως αργοπορούν (Munden & Arcelus, 1999).

Η υπερκινητικότητα που χαρακτηρίζει τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό να είναι ή όχι παρούσα στους ενήλικους με αυτή τη διαταραχή. Κάποια ευρήματα όμως, δείχνουν ότι είναι πιθανό η υπερκινητικότητα να παραμένει και στους ενήλικες ή μπορεί να συμβαίνει το ακριβώς αντίθετο, να είναι πολύ παθητικοί και μη ενεργοί για μεγάλο χρονικό διάστημα. Η παρορμητικότητά τους παράλληλα, τους κάνει να μην μπορούν να είναι υπομονετικοί, όπως για παράδειγμα, σε εστιατόρια και σε μποτιλιάρισμα και επίσης, μπορεί να πάρουν αχρείαστα και χωρίς ευθύνη ρίσκα όταν οδηγούν και όταν κάνουν ριψοκίνδυνες δοκιμασίες. Επιπρόσθετα, αντιδρούν άσχημα σε περιόδους στρες και μπορούν εύκολα να γίνουν καταθλιπτικοί (Munden & Arcelus, 1999).

Παρ' όλα αυτά ενδιαφέρον παρουσιάζει η εξέλιξη της ομάδας των ατόμων με ΔΕΠ-Υ με προεξάρχοντα τον απρόσεκτο τύπο. Η συμπτωματολογία των ατόμων αυτών στην ενηλικίωση δίνει περισσότερο την εικόνα της ανευθυνότητας. Πρόκειται για άτομα με χαμηλό επίπεδο αυτοεκτίμησης, τα οποία δυσκολεύονται να πάρουν αποφάσεις και να αναλάβουν πρωτοβουλίες και τα οποία συχνά απολύονται από τη δουλειά τους (Achenbach et al., 1995 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Πόσο θα μπορούσε τελικά, να υποστηριχθεί ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ παραμένουν και στην ενήλικη ζωή; Οι αξιοσημείωτες σοβαρές διαφορές, μεταξύ αυτών που έχουν ήπια συμπτώματα απροσεξίας και αποδιοργάνωσης και ίσως και ανυπομονησίας, με αυτούς που παρουσιάζουν όλα τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ από την

παιδική τους ηλικία, είναι το ότι στους πρώτους μπορεί να επέλθει απόσβεση των συμπτωμάτων τους με την ωριμότητα τους. Επιπρόσθετα, θα μπορούσε να υποστηριχθεί πως οι ίδιοι παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία καθορίζουν και την εξέλιξη των ατόμων αυτών και στην ενηλικίωση. Ο συνδυασμός μεταβλητών που αφορούν την οικογένεια του ατόμου με ΔΕΠ-Υ και η αλληλεπίδρασή τους με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της συγκεκριμένης διαταραχής και την ενδεχόμενη εμφάνιση επιθετικής συμπεριφοράς καθορίζουν τη μορφή που θα πάρει η ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία και την τελική έκβασή της στην ενηλικίωση (Wender, 2000· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Φαίνεται λοιπόν ότι, κατά τη διάρκεια της αναπτυξιακής της πορεία η ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει διάφορες αλλαγές και εξελίξεις με τις οποίες το παιδί αντιμετωπίζει είτε θετικά είτε αρνητικά. Η εξέλιξη αυτή εξαρτάται από πλήθος παραγόντων με τους οποίους η εξέλιξη αυτή θα διαφέρει από άτομο σε άτομο. Όπως αναφέρθηκε και πιο πάνω, εάν από τη βρεφική ηλικία η μητέρα και το ευρύτερο οικογενειακό περιβάλλον δεν παρέχει τη κατάλληλη στήριξη και φροντίδα στο βρέφος είναι πιθανό η ήδη υπάρχουσα προβληματική του κατάσταση του βρέφους να επιδεινωθεί και να γίνει εντονότερη κατά τη διάρκεια της μετάβασής του στη νηπιακή ηλικία. Αυτό ισχύει και για τη μετάβαση στις επόμενες ηλικίες. Επομένως, η μη «φυσιολογική» ανάπτυξη του παιδιού που παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ έχει ανεπανόρθωτα αποτελέσματα για τη πορεία ανάπτυξής του. Τέλος, εάν υπάρχει ένα «υγιές» και υποστηρικτικό περιβάλλον από τη πλευρά των γονιών, των εκπαιδευτικών και των ειδικών σίγουρα, η πορεία ανάπτυξης του παιδιού με ΔΕΠ-Υ μπορεί να γίνει ομαλότερη. Έτσι η ιδιαιτερότητα του κάθε παιδιού που ενδεχομένως παρουσιάζει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ απαιτεί την κατάλληλη και ορθή αντιμετώπιση του προβλήματος αλλά απαιτεί και τη δημιουργία προγραμμάτων υποστήριξης και θεραπείας που να πληρούν όλες τις προϋποθέσεις και να καλύπτουν όλες τις ανάγκες ενός παιδιού.

12. Θεραπευτική Αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ

12.1. Γενικά

Η θεραπεία ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ, συνήθως μπορεί να καταστεί σχετικά πολύ απλή αλλά και πολλές φορές πολύ δύσκολη. Τα καλά νέα είναι το γεγονός ότι, σχεδόν όλα τα συμπτώματα και οι δυσκολίες, τις οποίες βιώνουν αυτά τα άτομα, είναι θεραπεύσιμα. Επειδή η φαρμακευτική αγωγή είναι από τις πιο σημαντικές θεραπείες για τη ΔΕΠ-Υ, η θεραπεία αυτή σχεδόν πάντα απαιτεί και τις υπηρεσίες ενός ειδικού γιατρού. Μη κλινικοί ειδικοί, όπως είναι οι ψυχολόγοι, οι εκπαιδευτικοί, οι κοινωνικοί λειτουργοί, συνήθως παρέχουν χρήσιμη και μερικές φορές απαραίτητη βοήθεια, αλλά δεν μπορούν να αναλάβουν ολόκληρη την ευθύνη για τη θεραπεία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Αυτό θα πρέπει να τονιστεί, επειδή πολύ συχνά το παιδί με ΔΕΠ-Υ ή η οικογένειά του απευθύνονται σε ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς ή σε σχολικούς συμβούλους (Munden & Arcelus, 1999· Wender, 2000).

Παλαιότερα, τα παιδιά που εκδήλωναν υπερβολικά αυξημένη κινητική δραστηριότητα, αδεξιότητα, παρορμητική συμπεριφορά και δυσκολίες στο να ανταποκριθούν ορισμένες φορές ικανοποιητικά στις απαιτήσεις του σχολείου, χαρακτηρίζονταν συχνά από το περιβάλλον τους ως υπερβολικά ζωντανά, ανώριμα, απερίσκεπτα, τεμπέλικα και κακομαθημένα. Λόγω αυτών των αντιλήψεων και ερμηνειών, τα παιδιά αυτά σπάνια έφταναν στον ειδικό. Οι νουθεσίες, οι συνεχείς παρατηρήσεις και η επιβολή τιμωριών και αυστηρών κυρώσεων ήταν συνήθως οι προσπάθειες των γονέων να ελέγξουν τη συμπεριφορά των παιδιών τους. Συνήθως, αυτά τα παιδιά παίδευαν τους γονείς τους και ακόμη και ο πιο υπομονετικός γονέας είχε πιθανότητες να εμπέσει σε κάποιο σφάλμα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Selikowitz, 1995).

Αναφέρεται, ότι η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση και η πρόωπη υποστηρικτική παρέμβαση αποτελούν το κλειδί της επιτυχίας σε κάθε περίπτωση διαταραχών. Μερικές φορές όμως, το παιδί μπορεί να λάβει λάθος διάγνωση και να αποφανθεί σε κάποιον ειδικό αλλά στην πορεία παρατηρείται ότι οι γονείς του παρουσιάζουν προβλήματα στο γάμο τους. Φυσικά τα προβλήματα γάμου δεν είναι η αιτία η οποία μπορεί να καταστεί υπεύθυνη για τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ, αλλά είναι ένας παράγοντας που μπορεί να

δημιουργήσει ένα φαύλο κύκλο γύρω από το πρόβλημα της ΔΕΠ-Υ. Αν βοηθηθούν μόνο οι γονείς των παιδιών αυτών είναι πιθανό τα συμπτώματα να ομαλοποιηθούν αλλά το πρόβλημα θα παραμείνει και δεν θα αλλάξει (Κυπριωτάκη, 2004· Wender, 2000).

Για το λόγο αυτό σήμερα οι γονείς ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ επιζητούν συχνά την παρέμβαση του ειδικού, προκειμένου να κατανοήσουν και στη συνέχεια να βοηθήσουν το παιδί τους να αντιμετωπίσει τις δυσκολίες του, αλλά και για να μάθουν οι ίδιοι τρόπους να χειρίζονται πιο αποτελεσματικά τις αντιδράσεις του και να ελέγχουν καλύτερα τη συμπεριφορά του. Σύμφωνα με τις επικρατέστερες απόψεις, η ΔΕΠ-Υ θεωρείται από τους περισσότερους ειδικούς ένα σύνδρομο οργανικής αιτιολογίας, τα συμπτώματα του οποίου εκδηλώνονται στο επίπεδο της συμπεριφοράς και χαρακτηρίζονται κυρίως από αδυναμία αναστολής των παρορμητικών αντιδράσεων. Επομένως, επειδή η ΔΕΠ-Υ είναι μια χρόνια αναπτυξιακή διαταραχή, απαιτείται η ένταξη του παιδιού σε ένα θεραπευτικό πρόγραμμα, στο οποίο οι δυσκολίες τόσο του ίδιου όσο και των γονέων και των δασκάλων του να μπορούν να αντιμετωπιστούν συνολικά. (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Μια μεγάλη δυσκολία για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι το γεγονός ότι τα προβλήματά τους μερικές φορές δεν αναγνωρίζονται ως ιατρικά. Αυτά τα ιατρικά προβλήματα τα οποία ενδεχομένως μπορεί να παρουσιάζονται και στη συμπεριφορά τους, φαίνονται να αποτελούν ψυχολογικές αιτίες. Αλλά στην ουσία δεν είναι. Όσο το παιδί θα παραμένει υπερκινητικό, κάθε αντίδραση θα φτάνει στα άκρα. Εκεί που το φυσιολογικό παιδί δεν θέλει να κάνει κάτι, το υπερκινητικό παιδί θα αρνηθεί έντονα και θα πιεστεί και θα ξεσπάσει. Οι επισκέπτες, τα κεράσματα και οι μικρές εκδρομές που ευχαριστούν το φυσιολογικό παιδί, για το υπερκινητικό είναι απλά μια υπερδιέγερση και μια ανεξέλεγκτη άγρια συμπεριφορά. Αυτές οι συμπεριφορές σύμφωνα με άλλους ερευνητές δεν είναι απλά μια αντίδραση, αλλά είναι το αποτέλεσμα βιολογικών παραγόντων σε συνδυασμό με άλλους παράγοντες, οι οποίοι συνθέτονται και δημιουργούν τα προβλήματα της ΔΕΠ-Υ (Wender, 2000· Barnes & Colguhoun, 1992).

Εξαιτίας ποικίλων παραγόντων, όπως είναι η πολυμορφία της διαταραχής σε σχέση με τους τρόπους εκδήλωσής της και τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της, τα συνοδά προβλήματα που την πλαισιώνουν, το νοητικό επίπεδο των παιδιών και ο τρόπος αντίληψης και χειρισμού των συμπτωμάτων από γονείς και δασκάλους, δύο παιδιά με

ΔΕΠ-Υ δεν παρουσιάζουν ποτέ την ίδια ακριβώς κλινική εικόνα. Άλλωστε, είναι εξαιρετικά δύσκολο να εφαρμοστούν μέθοδοι και τεχνικές θεραπευτικής αντιμετώπισης, οι οποίες μπορούν να εφαρμοστούν με τον ίδιο τρόπο σε όλα τα παιδιά. Η διαφοροποίηση της εμφάνισης των συμπτωμάτων σε κάθε άτομο είναι ο κανόνας. Ως εκ τούτου, η θεραπευτική παρέμβαση είναι μια δυναμική διαδικασία κατά την οποία προκύπτουν συνεχώς νέα στοιχεία που αλλάζουν τα δεδομένα της κατάστασης και γι' αυτό πρέπει να λαμβάνονται υπόψη για τον περαιτέρω σχεδιασμό της παρέμβασης και την αναπροσαρμογή της σύμφωνα με τα εκάστοτε δεδομένα. Γι' αυτό το λόγο υπάρχουν πολλών ειδών θεραπείες που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να βοηθήσουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ. Αυτές περιλαμβάνουν τη φαρμακοθεραπεία, τη ψυχολογική υποστήριξη, τη τροποποίηση της συμπεριφοράς, την εκπαίδευση γονέων, την εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων και δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων αλλά και την ατομική ψυχοθεραπεία (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Munden & Arcelus, 1999).

Ο ειδικός οφείλει να κατέχει πλήρως τις τεχνικές που χρησιμοποιεί και να γνωρίζει γιατί τις χρησιμοποιεί κάθε φορά. Η ύπαρξη μίας ορισμένης θεωρητικής προσέγγισης, δηλαδή μιας φιλοσοφίας η οποία πλαισιώνει τις γνώσεις και την εμπειρία του ειδικού, τους στόχους που θέτει κατά τη θεραπευτική παρέμβαση και τα μέσα που εφαρμόζει είναι απαραίτητη. Επίσης, εκτός από το θεωρητικό πλαίσιο, η θεραπευτική παρέμβαση πρέπει να στηρίζεται και σε ερευνητικά δεδομένα σχετικά με τις «φυσιολογικές» και τις αποκλίνουσες μορφές συμπεριφοράς του παιδιού και της οικογένειας. Επίσης, πρέπει να βασίζεται σε τεχνικές που έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές και σε λειτουργικούς κανόνες που να λαμβάνουν υπόψη τόσο τις αλλαγές που προκύπτουν καθημερινά στην κλινική πράξη όσο και στο ευρύτερο κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο πραγματοποιείται η θεραπευτική παρέμβαση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ δεν προϋποθέτει μόνο την ενημέρωση των ενηλίκων που ασχολούνται με το παιδί σχετικά με τα συμπτώματα της διαταραχής, περιλαμβάνει επίσης την αλλαγή των στάσεων και των αντιλήψεων τους απέναντι στο παιδί, την εκπαίδευση και άσκηση τους στην εφαρμογή κατάλληλων τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς, καθώς και την ψυχολογική τους στήριξη καθ' όλη τη διάρκεια προσπάθειας, δεδομένου ότι απαιτείται υπομονή, επιμονή και σταθερότητα που πολλές

φορές είναι δύσκολο να διατηρηθεί στην καθημερινή συναλλαγή με ένα «δύσκολο παιδί» με ΔΕΠ-Υ (οπ.π., 2000 σελ: 206).

Παρ' όλα αυτά η ΔΕΠ-Υ δεν «θεραπεύεται», δηλαδή το οργανικό υπόστρωμα της διαταραχής εξακολουθεί να υπάρχει στα άτομα με ΔΕΠ-Υ, ακόμη και μετά την πλέον επιτυχημένη παρέμβαση. Επειδή λοιπόν η πλήρης αποκατάσταση της ΔΕΠ-Υ, όπως και άλλων ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς - δεν είναι εφικτή, ακόμη και στη περίπτωση χορήγησης φαρμακευτικής αγωγής, προτιμάται ο όρος της θεραπευτικής παρέμβασης, η οποία στοχεύει αφενός στον περιορισμό της εκδήλωσης των πρωτογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ και αφετέρου στην πρόληψη των δευτερογενών συμπτωμάτων (προβλήματα συμπεριφοράς, χαμηλή αυτοεκτίμηση, χαμηλή σχολική επίδοση κ.λπ), που όπως προαναφέρθηκε εμφανίζονται συχνά στη βάση της ΔΕΠ-Υ (οπ.π., 2000 σελ: 207-208).

Τέλος, η θεραπευτική παρέμβαση δεν στοχεύει μόνο στη βραχυπρόθεσμη εξάλειψη των προβληματικών μορφών συμπεριφοράς αλλά και στην απόκτηση δεξιοτήτων αυτοελέγχου οι οποίες διευκολύνουν το παιδί στη μακρόχρονη προσαρμογή του και στη λειτουργικότητά του στο περιβάλλον. Εξάλλου, μια τέτοια προσπάθεια είναι μακροχρόνια και απαιτεί υπομονή και επιμονή προκειμένου τα αποτελέσματά της να έχουν διάρκεια στο χρόνο, αφού ο κίνδυνος παλινδρόμησης, δηλαδή επιστροφής σε παλαιότερες μορφές συμπεριφοράς, είναι πάντα ορατός στα άτομα με ΔΕΠ-Υ (οπ.π., 2000 σελ: 208-209).

Συμπερασματικά, θα μπορούσε να ειπωθεί ότι ο κάθε ειδικός είναι ελεύθερος να επιλέξει τη μέθοδο που ταιριάζει περισσότερο στα δικά του κριτήρια και προσδοκίες και ο κάθε γονέας είναι ελεύθερος να εμπιστευτεί το παιδί του στον ειδικό του οποίου η φιλοσοφία τον πείθει περισσότερο και μετά να αξιολογήσει τη φιλοσοφία αυτή στη πράξη ανάλογα με τα αποτελέσματα που βλέπει ή δεν βλέπει στην εξέλιξη του παιδιού του. Πέρα από τις θεωρίες, τα ερευνητικά δεδομένα και τις στατιστικές αναλύσεις που προκύπτουν από τις έρευνες στα εργαστήρια, ο βαθμός της βελτίωσης που τελικά επιτυγχάνεται στο κλινικό πλαίσιο είναι ο σημαντικότερος παράγοντας αξιολόγησης όλων των μεθόδων και επιβεβαίωσης ή απόρριψης των ερευνητικών δεδομένων (οπ.π., 2000 σελ: 217).

12.2. Μέθοδοι θεραπευτικής αντιμετώπισης των παιδιών με ΔΕΠ-Υ

12.2.1. Φαρμακοθεραπεία

Τα διεγερτικά, τα αντικαταθλιπτικά και τα αντιυπερτασικά φάρμακα αποτελούν για τη σημερινή εποχή την πιο κοινή θεραπευτική παρέμβαση για τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Πάνω από 600,000 χιλιάδες παιδιά ετησίως, ή μεταξύ του 1% και 2% από το σχολικό πληθυσμό, ακολουθούν αυτή τη μέθοδο θεραπείας (φαρμακοθεραπεία) για τη διαχείριση της συμπεριφοράς τους. Τα περισσότερα από αυτά τα παιδιά είναι μεταξύ 6 με 10 χρονών και συχνά σταματούν τη χρήση φαρμάκων μετά από 3 χρόνια περίπου ή όταν γίνουν έφηβοι. Η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να βοηθήσει τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, σε αρκετά μεγάλο βαθμό. Για μερικά από αυτά τα παιδιά, αυτή θα μπορούσε να είναι η μοναδική θεραπεία την οποία θα μπορούσαν να ακολουθήσουν. Πολύ συχνά μετά από τη χορήγηση αυτών των φαρμάκων κάποια από τα συμπτώματα μπορεί να εξαφανιστούν και κάποια άλλα να παραμείνουν. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, την παρότρυνση των ειδικών για ψυχολογική υποστήριξη του παιδιού και της οικογένειας ή και την εκπαιδευτική παρέμβαση στο παιδί (Barkley, 1982· Wender, 2000).

Η χρησιμοποίηση φαρμακευτικής αγωγής για τη θεραπεία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μερικές φορές αναστατώνει τους γονείς. Πρώτα από όλα, οι γονείς αυτοί έχουν δυσκολίες στο να αποδεχτούν το γεγονός ότι τα προβλήματα των παιδιών τους έχουν ιατρική και όχι ψυχολογική βάση, και αυτό επισυμβαίνει γιατί θεωρούν τα ιατρικά προβλήματα περισσότερο σοβαρά από οτιδήποτε άλλο. Νιώθουν ότι ένα ξέσπασμα θυμού θα τελειώσει σύντομα, ενώ μια χημική ανωμαλία του εγκεφάλου δεν θα εξαλειφθεί ποτέ. Ένας ακόμη λόγος που η φαρμακευτική αγωγή κάνει τους γονείς να τρομάζουν, είναι η αντίληψή τους ότι η θεραπεία αυτή είναι τεχνητή. Επίσης, ένας τρίτος λόγος που οι γονείς μπορεί να απορρίψουν αυτή τη θεραπεία είναι ο φόβος τους εάν το παιδί τους εξαρτηθεί από τη φαρμακευτική αγωγή και δεν θα μπορεί οποτεδήποτε να την σταματήσει (οπ.π., 2000 σελ: 68-70).

Για τα παιδιά που πάσχουν με μέτρια έως σοβαρή διαταραχή της ΔΕΠ-Υ, η φαρμακευτική αγωγή μπορεί να κάνει πραγματική διαφορά στη συμπεριφορά, στο τρόπο σκέψης, στην ικανότητα απόκτησης γνώσεων και στις σχέσεις με τους άλλους. Ενώ στα

παιδιά με πιο ομαλά συμπτώματα αυτής της διαταραχής, είναι πιο κατάλληλο να χρησιμοποιηθούν με συνδυασμό την ψυχολογική, κοινωνική και εκπαιδευτική υποστήριξη. Τα φάρμακα αυτά θα πρέπει να χορηγούνται στα παιδιά από μικρή ηλικία, πριν τα προβλήματα της χαμηλής αυτοεκτίμησης, των κοινωνικών δυσκολιών, της σχολικής αποτυχίας και το οικογενειακό στρες κάνουν ανεπανόρθωτη ζημιά. Επίσης, εάν χορηγηθούν από νωρίς θα βοηθήσουν στη φυσιολογική λειτουργία του εγκεφάλου και θα «ηρεμήσουν» το παιδί (Munden & Arcelus, 1999· Selikowitz, 1995).

Η πλειονότητα των ερευνητικών δεδομένων καταδεικνύει ότι τα διεγερτικά φάρμακα είναι τα πλέον πιο αποτελεσματικά για τον περιορισμό των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ στα περισσότερα παιδιά που είναι μεγαλύτερα των 5 ετών (Barkley, 1997b· Swanson et al., 1995 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα συνιστώνται συνήθως σε περιπτώσεις όπου για διάφορους λόγους δεν είναι εφικτή η χορήγηση διεγερτικών ή σε περιπτώσεις όπου συνυπάρχουν διαταραχές της διάθεσης. Όσο αφορά τη χρήση αντιυπερτασικών τα ερευνητικά δεδομένα είναι πολύ περιορισμένα (Pliszka, 1987 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η Ritalin (Μεθυλφαινυδάτη), η Dexedrine και το Cylert είναι τα πιο διαδεδομένα διεγερτικά φάρμακα που χορηγούνται σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Πρόκειται για διεγερτικά που ενεργούν γρήγορα και έχουν εμφανή αποτελέσματα στη συμπεριφορά μέσα σε 30-45 λεπτά από τη στιγμή της λήψης τους, φτάνοντας στο ανώτατο επίπεδο δράσης τους μέσα σε 2-4 ώρες. Η διάρκεια δράσης τους είναι 3-7 ώρες, γι' αυτό και συχνά χορηγούνται δύο ή τρεις φορές ημερησίως. Οι αμφεταμίνες προτάθηκαν για πρώτη φορά στα τέλη του 1930, ενώ η μεθυλφαινυδάτη προτάθηκε το 1955 και άρχισε να χρησιμοποιείται το 1970. Παρ' όλα αυτά οι αμφεταμίνες έχουν αποκτήσει κακή φήμη επειδή είναι πιθανόν τα άτομα που χορηγούνται με αυτές να αναπτύξουν εξάρτηση. Τα κυκλικά αντικαταθλιπτικά χρησιμοποιήθηκαν για τη θεραπεία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ στη δεκαετία του 60', περιλαμβάνοντας το Elavil ή το Enderp, το Tofranil και το Norpramin. Το Cylert χρησιμοποιείται πολύ πιο σπάνια επειδή έχει ονομαστεί γενικά φάρμακο δεύτερης σειράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Wender, 2000).

Η αποτελεσματικότητα των διεγερτικών φαρμάκων έγκειται στο γεγονός ότι απαλύνουν πολλά συμπτώματα που χαρακτηρίζουν αυτή τη διαταραχή. Αντίθετα με τα

«φυσιολογικά» παιδιά, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ, λαμβάνοντας αυτά τα φάρμακα γίνονται λιγότερο ενεργητικά, αναπτύσσουν μεγαλύτερες ικανότητες εστίασης της προσοχής τους, γίνονται λιγότερο επίμονοι και εύκολα διαπραγματεύονται, είναι περισσότερο ευαίσθητοι στις ανάγκες των άλλων και ανταποκρίνονται περισσότερο στις απαιτήσεις και τις ανάγκες τους, νιώθουν περισσότερη ασφάλεια και έχουν λιγότερα ξεσπάσματα θυμού, είναι λιγότερο κυκλοθυμικά, δείχνουν να μειώνουν την παρορμητικότητά τους με το να περιμένουν πριν να ενεργήσουν, επιδεικνύουν καλύτερες επιδόσεις στη σχολική προετοιμασία και στη σχολική προσπάθεια και τέλος είναι λιγότερο αποδιοργανωμένοι. Όταν τα διεγερτικά επιφέρουν αποτελέσματα το παιδί ωριμάζει και μπορεί να λειτουργήσει καλύτερα – τουλάχιστον προσωρινά - από ότι άλλες φορές στη ζωή του (Munden & Arcelus, 1999· Wender, 2000).

Σε μια πρόσφατη έρευνα των Lee και των συνεργατών του (2007), βρέθηκε ότι η χορήγηση ενός διεγερτικού φαρμάκου της μεθυλφαινιδάτης, αυξάνονται τα επίπεδα διάφορων ορμονών κυρίως της ντοπαμίνης, η οποία είναι υπεύθυνη για το έλεγχο της συμπεριφοράς και της προσοχής. Επίσης, ο υποδοχέας GABA_A παίζει ένα εξίσου σημαντικό ρόλο εφόσον, είναι αυτός που είναι υπεύθυνος για τη μεταφορά της ντοπαμίνης μέσα στον οργανισμό. Αυτές οι ορμόνες βοηθούν στο κατευνασμό των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, κυρίως στα αγόρια. Επομένως η χορήγηση μεθυλφαινιδάτης έχει θεραπευτικά αποτελέσματα κυρίως για τα αγόρια τα οποία παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Παρ' όλα αυτά η συγκεκριμένη έρευνα είχε κάποιους περιορισμούς. Το δείγμα των παιδιών που συμμετείχαν στην μελέτη ήταν μικρό και δεν υπήρχε ομάδα ελέγχου (Lee et al., 2008).

Όσο αφορά τα αντικαταθλιπτικά, υπάρχουν πολλοί λόγοι για τους οποίους δεν χρησιμοποιούνται πλέον για την θεραπεία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Ο πιο κύριος λόγος, είναι το γεγονός ότι υπήρξε μεγάλος αριθμός θανάτων παιδιών με ΔΕΠ-Υ, τα οποία λάμβαναν ένα συγκεκριμένο αντικαταθλιπτικό, το Norpramin. Τα κυκλικά αντικαταθλιπτικά μπορούν να παρατείνουν την μεταφορά της ηλεκτρικής δραστηριότητας της καρδιάς. Εάν η μεταφορά αυτή μειωθεί μπορεί να προκληθούν σοβαρές επιπτώσεις. Ένας άλλος λόγος για τον οποίο τα αντικαταθλιπτικά δεν χρησιμοποιούνται πλέον για τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ, είναι το ότι είναι λιγότερο

αποτελεσματικά σε σχέση με τα διεγερτικά φάρμακα και δύσκολα ανταποκρίνονται τα παιδιά σε αυτά (Wender, 2000).

Επιπρόσθετα, επειδή τα διεγερτικά φάρμακα έχουν αντίθετα αποτελέσματα στα παιδιά και στους ενήλικες που δεν παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, οι παρενέργειες τους συνήθως ονομάζονται «παράδοξες». Οι πιο συνήθεις παρενέργειες των διεγερτικών φαρμάκων είναι ήπια συμπτώματα αϋπνίας και μείωση της όρεξης. Συνήθως, αλλά όχι πάντα, όσο τα φάρμακα είναι ενεργά μειώνεται η όρεξη του παιδιού και τα παιδιά συνήθως χάνουν βάρος. Παρ' όλα αυτά η όρεξη τους για φαγητό επανέρχεται το βράδυ όταν τα φάρμακα αποβληθούν από τον οργανισμό. Αυτό ισχύει και για την αϋπνία εφόσον τα συμπτώματα αυτά εξαφανίζονται όταν τα φάρμακα δεν κυκλοφορούν πλέον στο αίμα. Γι αυτό το λόγο η λήψη διεγερτικών θα πρέπει να γίνεται νωρίς την ημέρα. Επιπλέον, ορισμένα παιδιά μπορεί να γίνουν εύκολα ευερέθιστα υπό την επίδραση του φαρμάκου και να κλαίνε πολύ πιο συχνά. Σε άλλα παιδιά επίσης, μπορεί να παρατηρηθεί προσωρινή αναστολή της ανάπτυξης, η οποία όμως δεν είναι ιδιαίτερα σοβαρή (Spencer et al., 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Ένα μικρό ποσοστό παιδιών ίσως παραπονεθεί για στομαχόπονους και πονοκεφάλους. Τέλος, στο 1-2% των παιδιών που παίρνουν διεγερτικά φάρμακα έχει τύχει να παρουσιαστούν κινητικά ή φωνητικά τικ, υπερευαισθησία και υψηλή πίεση (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Munden & Arcelus, 1999· Selikowitz, 1995· Thapar & Munoz-Solomando, 2008· Wender, 2000).

Σύμφωνα με τον Barkley (1998), πρέπει ο ειδικός να συνεκτιμήσει κάποιους παράγοντες προκειμένου να προτείνει τη χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Οι παράγοντες αυτοί είναι, η ηλικία του παιδιού, η διάρκεια και σοβαρότητα των συμπτωμάτων, ο κίνδυνος τραυματισμού του παιδιού εξαιτίας της σοβαρότητας των συμπτωμάτων του, η επιτυχία προηγούμενων παρεμβάσεων, το επίπεδο άγχους, η απουσία ιστορικού κατάχρησης ουσιών από το παιδί ή τους γονείς του και την ικανότητα των γονέων να χορηγούν το φάρμακο με υπευθυνότητα, ακολουθώντας πιστά τις οδηγίες του γιατρού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Barkley, 1982).

Με κατάλληλη φαρμακευτική αγωγή τα αποτελέσματα είναι πολλές φορές άμεσα. Τα κέντρα επιλογής ερεθισμάτων φιλτράρουν τα περιττά ερεθίσματα, τα παιδιά ηρεμούν και μπορούν να εργάζονται με αυτοσυγκέντρωση. Για τους γιατρούς, το βασικό κριτήριο

διάγνωσης αποτελεί η επίδραση αυτών των φαρμάκων. Επίσης, μερικοί ερευνητές έχουν διαπιστώσει την άποψη ότι η υπερκινητικότητα οφείλεται κυρίως σε μια υπερευαισθησία που προκαλούν ορισμένες τροφικές ουσίες στη ζάχαρη και στο φωσφορικό άλας. Ωστόσο, λίγες έρευνες υπάρχουν γύρω από τα αποτελέσματα μιας αλλαγής στη διατροφή των υπερκινητικών παιδιών, επειδή είναι αδύνατο και ίσως επιβλαβές για την υγεία να παραιτηθεί κανείς πλήρως αυτών των ουσιών (Μάρκου, 1994).

Η πλειονότητα των ειδικών βεβαίως συμφωνεί ότι, ακόμη και στις περιπτώσεις που συνίσταται η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής, αυτή δεν θα πρέπει να αποτελεί το μοναδικό είδος παρέμβασης, αλλά να συνοδεύεται υποχρεωτικά και από άλλες μεθόδους, όπως η τροποποίηση της συμπεριφοράς, η γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, η εκμάθηση κοινωνικών δεξιοτήτων, η ψυχοθεραπεία κ.α. (Hinshaw et al., 1984 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000). Κρίνεται επίσης απαραίτητη και η παρέμβαση σε ψυχολογικό και συμβουλευτικό επίπεδο προκειμένου να αντιμετωπιστούν ή να προληφθούν τα δευτερογενή συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και τα προβλήματα που αντιμετωπίζει συχνά ολόκληρη η οικογένεια εξαιτίας των δυσκολιών και της συμπεριφοράς του παιδιού (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Είναι σημαντικό να τονιστεί ότι τα φάρμακα δεν είναι η θεραπεία, αλλά είναι μια διαδικασία η οποία προσωρινά «απαλαίνει» τα δύσκολα συμπτώματα και βοηθά στην καλύτερη λειτουργία του εγκεφάλου, στον καλύτερο τρόπο σκέψης, συμπεριφοράς και συναισθημάτων των παιδιών που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ. Σε περίπτωση πάντως που ληφθεί η απόφαση για χορήγηση ψυχοφαρμάκων σε ένα παιδί, θα πρέπει πρώτα από όλα να γίνει λεπτομερής αξιολόγηση όλων των παραγόντων, έτσι ώστε να καθοριστεί το είδος της αγωγής που ενδείκνυται για το συγκεκριμένο παιδί. Πρέπει, επίσης, να συνεκτιμηθεί το όφελος του παιδιού από τα φάρμακα σε σχέση με τις πιθανές παρενέργειες. Τέλος, κατά τη διάρκεια της λήψης των φαρμάκων το παιδί θα πρέπει να βρίσκεται υπό συνεχή ιατρική παρακολούθηση (Munden & Arcelus, 1999· Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

12.2.2 Ψυχολογική υποστήριξη και Συμβουλευτική των γονέων

Στο πλαίσιο της αγωγής ανήκει κάθε βοήθεια που αποβλέπει στη στήριξη για αποκατάσταση κάθε διαταραχής. Αγωγή δεν σημαίνει πράξη τιθάσευσης, εκγύμνασης, αλλά φροντίδα, καλλιέργεια και ανάπτυξη. Στην αντιμετώπιση του προβλήματος των διαταραχών της προσοχής δεν υπάρχουν συγκεκριμένες συνταγές. Κάθε εικόνα διαταραχών είναι ξεχωριστή, διαφορετική κατά περίπτωση και αντιμετωπίζεται ατομικά. Για να μπορεί να υπάρξει αποτελεσματική ψυχολογική υποστήριξη θα πρέπει να είναι σαφείς οι δυσκολίες που υπάρχουν, τα κοινωνικά προβλήματα, οι συναισθηματικές αντιδράσεις και η ικανότητα αντοχής, τα οποία θα κάνουν πιο αποτελεσματική τη παρέμβαση (Κυπριωτάκη, 2004).

Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ τυχάνει να έχουν κάποιες δυσκολίες που μπορεί ενδεχομένως να επηρεάζουν αρνητικά και άλλα άτομα. Παρ' όλα αυτά έχουν σκέψεις, συναισθήματα, όνειρα και ευχές, όπως οποιοσδήποτε άλλος. Για να βοηθηθεί το παιδί αποτελεσματικά στο να αισθάνεται και να λειτουργεί με ένα πιο κατάλληλο και αρμόδιο τρόπο, θα πρέπει πρώτα από όλα να κατανοήσει τα συναισθήματά του το ίδιο αλλά και οι γονείς του. Επίσης, θα πρέπει να εξεταστούν όλα τα ενδεχόμενα ερωτήματα που μπορεί να προκύψουν σχετικά με τη ζωή του παιδιού, των γονιών και ότι αφορά το περιβάλλον του. Για να προσφέρει καλύτερα αποτελέσματα η παρεμβατική διαδικασία, θα χρειαστεί φαντασία, καλή θέληση και προσπάθεια και από μέρος των ειδικών αλλά και της οικογένειας του παιδιού (Munden & Arcelus, 1999).

Όπως επισημάνθηκε και πιο πάνω, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ συνήθως παρουσιάζουν ψυχολογικά προβλήματα αλλά αυτό είναι αποτέλεσμα των οργανικών τους συμπτωμάτων. Ακόμη και οι πιο καλοί γονείς, όταν βιώνουν καθημερινά τις συνέπειες αυτών των προβλημάτων στο παιδί τους αισθάνονται αβεβαιότητα, ανεπάρκεια, απογοήτευση και θυμό. Αρκετοί γονείς αισθάνονται ενοχές και αποδίδουν τη συμπεριφορά του υπερκινητικού παιδιού τους στη δική τους «λανθασμένη» αγωγή. Επίσης, δεν έχουν ρεαλιστική εικόνα για τον εαυτό τους και για το παιδί τους και πολλές φορές ούτε οι προσδοκίες τους από το παιδί είναι ρεαλιστικές. Τόσο όμως οι γονείς όσο και το παιδί δε φέρουν καμία ευθύνη γι' αυτό και επομένως δεν χρειάζεται να έχουν ενοχές. Είναι λοιπόν αυτονόητο, ότι οι γονείς μαζί με τις άλλες ανάγκες του παιδιού και

τις φροντίδες τους στις περιπτώσεις δυσκολιών, χρειάζονται τη στήριξη και τη βοήθεια δασκάλων, ψυχολόγων και γιατρών έτσι ώστε να τα «βγάλουν πέρα» με τα συναισθήματά τους, καθώς και με τα συναισθήματα των μελών της οικογένειάς τους αλλά και να αναλάβουν οι ίδιοι πρωτοβουλίες στήριξης των παιδιών τους. Επιβάλλεται να υπάρχει κατανόηση και μείωση των απαιτήσεων, ενθάρρυνση και χαλάρωση. Είναι προτιμότερο λοιπόν, να τονίζει κανείς τα θετικά στοιχεία του παιδιού και να προσφέρει στους γονείς τη συγκεκριμένη βοήθεια με τη σωστή ενημέρωση (Κυπριωτάκη, 2004· Μάρκου, 1994· Wender, 2000).

Σύμφωνα με τις επικρατέστερες απόψεις, οι αντιλήψεις και η συμπεριφορά των γονέων δεν είναι αυτές που προκαλούν τη ΔΕΠ-Υ, αλλά σίγουρα ασκούν κάποια επίδραση στη συχνότητα και την ένταση με την οποία εκφράζονται οι αρνητικές μορφές συμπεριφοράς, επηρεάζοντας τελικά και το επίπεδο της λειτουργικότητας του παιδιού μέσα στα πλαίσια που καθορίζονται από τις οργανικές του δυσκολίες. Επομένως, είναι εμφανής η σημασία της αλλαγής των αντιλήψεων των γονέων σχετικά με τα αίτια της αρνητικής συμπεριφοράς των παιδιών τους και με τη δυνατότητα ελέγχου αυτής της συμπεριφοράς από το ίδιο το παιδί. Αυτές οι δυσλειτουργικές για την επικοινωνία με το παιδί τους αντιλήψεις θα πρέπει να αντικατασταθούν από άλλες πιο λειτουργικές αντιλήψεις και πιο ρεαλιστικές προσδοκίες (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Προτού ο θεραπευτής επιχειρήσει να αλλάξει τις αντιλήψεις αυτές, καλό είναι να καθησυχάσει τους γονείς, λέγοντάς τους ότι είναι «φυσιολογικό» να κάνουν τέτοιες σκέψεις. Στη συνέχεια θα πρέπει να τους βοηθήσει να κατανοήσουν την επίδραση που μπορεί να έχουν αυτές οι αντιλήψεις στη συμπεριφορά τους απέναντι στο παιδί και στα μηνύματα που λαμβάνει εκείνο, ως αποτέλεσμα αυτής της συμπεριφοράς. Επίσης, θα πρέπει να τους βοηθήσει να συνειδητοποιήσουν ότι πολλές από τις ενοχλητικές μορφές συμπεριφοράς του παιδιού δεν υπόκεινται στον έλεγχό του και δεν εκφράζουν σκοπιμότητα αλλά αδυναμία η οποία πηγάζει από τις δυσκολίες που του προκαλεί η διαταραχή. Είναι σημαντικό επομένως να μην θεωρούν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ αποκλειστικό «προνόμιο» του δικού τους παιδιού, αλλά να κατανοήσουν ότι τα περισσότερα παιδιά με την ίδια διαταραχή αντιμετωπίζουν παρόμοια προβλήματα (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Selikowitz, 1995· Wender, 2000).

Οι γονείς οφείλουν να δείξουν κατανόηση στο πρόβλημα και να το αποδεχτούν. Η αναγνώριση των αδυναμιών του παιδιού είναι επιβεβλημένη, καθόσον δεν βοηθούν η κριτική και η ποινή για πράγματα και καταστάσεις που το παιδί απλώς δεν μπορεί να αντιμετωπίσει. Οι γονείς χρειάζεται να δείχνουν ότι αναγνωρίζουν και εκτιμούν το παιδί, παρ' όλες τις δυσκολίες του (Holowenko, 1999 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

Η ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής επηρεάζεται και από την εσωτερική διάθεση. Σε συγκρούσεις τα παιδιά αντιδρούν με διάσπαση της προσοχής, ενώ η θαλπωρή και η στήριξη των γονιών ενισχύουν τη μάθηση και την επίδοση. Τα παιδιά αυτά έχουν ανάγκη από μια σταθερή και ήρεμη συναισθηματικά οικογενειακή κατάσταση για να μπορούν να εργαστούν λειτουργικά. Χρειάζονται διαρκώς αγάπη, στήριξη και ενθάρρυνση. Πολύ δύσκολα μπορεί ένα παιδί να συγκεντρωθεί στις υποχρεώσεις του, όταν δεν υπάρχει ένα ήρεμο οικογενειακό κλίμα. Επίσης, προβλήματα οικονομικά και υγείας επιδρούν αρνητικά. Ακόμη, οι γονείς οφείλουν να διαθέτουν χρόνο και να συζητούν τα προβλήματα με τα παιδιά τους και να δείχνουν ενδιαφέρον για τις ανάγκες τους. Τα παιδιά αυτά θέλουν τους γονείς συνέχεια κοντά τους και χρειάζονται διαρκώς τη συμπαράστασή τους. Η στήριξη και η βοήθεια συνθέτουν τις βασικές προϋποθέσεις για την εξέλιξη μιας υγιούς αυτοαντίληψης και αυτοσυναισθήματος κι ένα καλό κίνητρο για επίδοση. Είναι αναγκαίο λοιπόν, να αποφεύγουν τυχόν παρατηρήσεις και κριτικές που βλάπτουν το κλίμα και τις μεταξύ τους σχέσεις. Επίσης, πρέπει να αποφεύγονται οι αντιπαραθέσεις και να δημιουργούνται πάντοτε προϋποθέσεις, έτσι, ώστε κάθε αλληλεπίδραση να βελτιώνει το κλίμα και να τελειώνει με επιτυχία. Κάθε προσπάθεια θα πρέπει να τείνει καλύτερα σε μια λύση «ανώδυνη» για γονείς και παιδιά (Κυπριωτάκη, 2004· Wender, 2000).

Αφού οι γονείς κατανοήσουν τη φύση της διαταραχής που αντιμετωπίζει το παιδί τους, τους στόχους της θεραπευτικής παρέμβασης, το ρόλο της δικής τους συμμετοχής σε αυτήν και την αξία της συνεργασίας τους με τον ειδικό, είναι πλέον έτοιμοι να δεχτούν τις οδηγίες του θεραπευτή για την εφαρμογή των βασικών αρχών και τεχνικών του προγράμματος στο σπίτι. Στα πλαίσια της πολυεπίπεδης προσέγγισης ο ειδικός βλέπει τους γονείς στο τέλος κάθε συνεδρίας με το παιδί. Είναι σημαντικό για τους γονείς, κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης του προγράμματος, να μην ξεχνούν ότι η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ ισοδυναμεί με έλεγχο των συμπτωμάτων της και

όχι με πλήρη αποκατάσταση. Αυτό σημαίνει ότι οι μορφές συμπεριφοράς που το παιδί μαθαίνει να ελέγχει δεν εξαλείφονται πλήρως, και ότι ενδέχεται να επανεμφανίζονται κατά διαστήματα. Επίσης, η σταθερότητα και η συνέπεια αποτελούν έννοιες-κλειδιά στην αντιμετώπιση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Οι γονείς είναι απαραίτητο να κρατούν μια κοινή γραμμή, γιατί έτσι αυξάνεται η αξιοπιστία τους στα μάτια του παιδιού και περιορίζεται η δυνατότητά του να ξεφύγει από τους κανόνες που του έχουν τεθεί εκμεταλλευόμενο την ελαστική συμπεριφορά του ενός από τους δύο γονείς. Χρειάζεται να χρησιμοποιούν σαφείς και συστηματικούς τρόπους για να παρουσιάσουν τους κανόνες και να δίνουν οδηγίες, διότι τα βοηθούν έτσι να ελέγξουν την παρορμητικότητα τους. Είναι επίσης σημαντικό να συνηθίσουν οι γονείς να δίνουν οδηγίες οι οποίες επικεντρώνονται σε αυτά που θέλουν το παιδί να κάνει και όχι σε αυτά που δεν θέλουν να κάνει. Γι' αυτό χρειάζεται να προσδιορίζουν τις δυνατότητες του παιδιού και να διατυπώνουν το αίτημά τους όσο το δυνατόν ακριβέστερα έτσι ώστε να μπορέσει το παιδί να ανταποκριθεί σε αυτά. Η ενθάρρυνση και η συσώρευση επιτυχιών είναι άλλωστε τα μόνα μέσα για τη βελτίωση της εικόνας που έχει το παιδί για τον εαυτό του και την αύξηση της αυτοεκτίμησής του (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Wender, 2000).

Μια άλλη προσέγγιση της ψυχολογικής υποστήριξης είναι η ατομική ψυχοθεραπεία, η οποία έχει προταθεί ως μέθοδος αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, χωρίς όμως να υπάρχουν θετικές ενδείξεις για βελτίωση των συμπτωμάτων της διαταραχής όταν αυτή αποτελεί το μοναδικό είδος παρέμβασης. Αυτή είναι μια ευκαιρία που δίνεται στο παιδί να εξερευνήσει τις σκέψεις του, τα συναισθήματά του και τις σχέσεις του με τους άλλους χωρίς να έχει το φόβο ότι θα αναστατώσει τους γονείς του αφού δεν θα είναι παρόντες σε αυτή τη διαδικασία. Ο θεραπευτής μπορεί να χρησιμοποιήσει το παιχνίδι ή τις ζωγραφιές στα πλαίσια ενός role-play έτσι ώστε να βοηθήσει το παιδί να εκφραστεί πιο εύκολα και άνετα. Θα πρέπει να «κτίσει» μια καλή σχέση με το παιδί για να μπορέσει το δεύτερο, να αποκτήσει μια καλή εμπειρία στις σχέσεις του με τους άλλους, αλλά και αυτεπίγνωση του προβλήματός του. Αυτού του είδους η θεραπεία, μερικά παιδιά τα βοηθάει και κάποια άλλα όχι. Όπως παρατηρούν και κάποιοι ερευνητές, σε ότι αφορά την αιτιολογία της η ΔΕΠ-Υ, δεν θεωρείται συναισθηματική διαταραχή και επομένως δεν μπορεί να αναμένεται βελτίωση των πρωτογενών συμπτωμάτων της έχοντας

στηριχθεί στην ατομική ψυχοθεραπεία. Ωστόσο η θεραπεία αυτή θα μπορούσε να συνιστά μια βοηθητική παρέμβαση, σε συνδυασμό με άλλες μεθόδους, με σκοπό την αντιμετώπιση ορισμένων δευτερογενών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, όπως είναι η χαμηλή αυτοεκτίμηση (Munden & Arcelus, 1999· DuPaul & Stoner, 1994 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Θεωρείται, λοιπόν, αναγκαίο να επιτραπεί στο παιδί με ΔΕΠ-Υ να αναλάβει πρωτοβουλίες, έστω και αν το αποτέλεσμα δεν έχει την ταχύτητα ή την τελειότητα που θα ήταν επιθυμητό. Οι γονείς θα πρέπει να κατανοήσουν και να δεχτούν ότι με αυτό το παιδί θα πρέπει να διαθέτουν υψηλότερα επίπεδα ανοχής και υπομονής. Πρέπει να καταλάβουν με ποιο τρόπο επηρεάζουν τη συμπεριφορά του παιδιού τους με τα γεγονότα που προηγούνται και έπονται αυτής. Επίσης, η τιμωρία θα πρέπει να αποτελεί τη τελευταία λύση στην οποία μπορεί να καταφύγει ο γονέας για να χειριστεί την αρνητική συμπεριφορά του παιδιού του. Άλλωστε, όσο πιο πολύ ο γονέας εξοικειώνεται με τη χρήση τεχνικών ενθάρρυνσης και ενίσχυσης της προσδοκώμενης συμπεριφοράς, τόσο περιορίζεται η αναγκαιότητα της τιμωρίας (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Τέλος, πολλές φορές οι γονείς βιάζονται και ανυπομονούν να δουν το παιδί τους να αλλάζει και να βελτιώνεται. Θα πρέπει να είναι προετοιμασμένοι και να περιμένουν ότι το παιδί συχνά θα επανέρχεται σε παλαιότερες μορφές συμπεριφοράς για να δοκιμάσει τη σταθερότητά τους. Γενικά, η καθημερινή ζωή ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να είναι πολύ καλά οργανωμένη και με σταθερά σημεία αναφοράς, τα οποία θα το βοηθούν να προσαρμόζεται στις καθημερινές απαιτήσεις και να περιορίζει τις παρορμητικές του αντιδράσεις. Παρ' όλα αυτά η ψυχολογική υποστήριξη είναι μια προσωρινή αποτελεσματική μέθοδος και θα πρέπει να συνδυάζεται και με άλλες μεθόδους για να είναι αποδοτικότερη (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Wender, 2000).

12.2.3. Πρόγραμμα διαμόρφωσης και τροποποίησης της συμπεριφοράς - Γνωσιακή-Συμπεριφορική παρέμβαση

Η εκπαίδευση τροποποίησης της συμπεριφοράς στα άτομα που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ αλλά και των γονιών τους, αποτελεί αναγκαίο τρόπο παρέμβασης αφού κάποιες φορές η θεωρητική επεξήγηση δεν είναι αρκετή. Οι περισσότεροι από τους γονείς υποβάλλονται σε τέτοιου είδους διαδικασίες χωρίς όμως να το συνειδητοποιούν. Συνήθως επιβραβεύουν τις καλές συμπεριφορές αλλά τιμωρούν τις κακές. Φυσικά για να το κάνουν αυτό με πιο λειτουργικό τρόπο θα χρειαστούν βοήθεια από ειδικό. Πολλές έρευνες απέδειξαν ότι αυτού του είδους οι μέθοδοι τροποποίησης της συμπεριφοράς είναι ιδιαίτερα αποτελεσματικές για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, ενώ η αρχική τάση των ειδικών ήταν να επικεντρώνονται σε μια μόνο διάσταση της συμπεριφοράς. Σήμερα ασχολούνται ταυτόχρονα με ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών (DuPaul & Eckert, 1997 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Selikowitz, 1995).

Οι τεχνικές τροποποίησης της συμπεριφοράς έχουν ως στόχο τη μείωση των ανεπιθύμητων μορφών συμπεριφοράς, την αύξηση επιθυμητών και ενδεχομένως την ανάπτυξη νέων λειτουργικών μορφών συμπεριφοράς που δεν υπήρχαν προηγουμένως στο ρεπερτόριο του παιδιού. Αυτές οι τεχνικές στηρίζονται στην έννοια της διαφορικής ενίσχυσης και είναι ποικίλες. Επίσης, η ΔΕΠ-Υ είναι μια αναπτυξιακή καθυστέρηση στην αυτορρύθμιση της συμπεριφοράς μέσω εσωτερικευμένων κανόνων και κινήτρων. Για το λόγο αυτό ενδείκνυται η χρήση τεχνικών που τροποποιούν το είδος των ερεθισμάτων τα οποία προηγούνται μιας αντίδρασης και το είδος των συνεπειών που έπονται της αντίδρασης αυτής, προκειμένου να επιτευχθεί μείωση πρωτογενών συμπτωμάτων της διαταραχής σε ορισμένα πλαίσια και συγκεκριμένες δραστηριότητες. Με τον τρόπο αυτό το παιδί ασκείται στον έλεγχο της παρορμητικότητας του και την υιοθέτηση πιο αποτελεσματικών μορφών συμπεριφοράς οι οποίες ευνοούν την αξιοποίηση των ικανοτήτων του και διευκολύνουν την επικοινωνία του με τους άλλους.

Επιπλέον, τα παιδιά αυτά χρειάζονται βοήθεια για την αντιμετώπιση των διασπαστικών μορφών συμπεριφοράς που συχνά παρουσιάζουν και ο καλύτερος τρόπος είναι η εκπαίδευση των γονέων στην εφαρμογή συμπεριφορικών τεχνικών τόσο για τη

θετική όσο και για την αρνητική συμπεριφορά των παιδιών (Barkley, 1997b παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Barkley, 1982).

Για να καταρτιστεί ένα πρόγραμμα διαμόρφωσης και τροποποίησης της συμπεριφοράς πρέπει κατ' αρχάς, να γίνει μια λεπτομερής καταγραφή των δυσκολιών του παιδιού και των προβληματικών μορφών συμπεριφοράς που ίσως παρουσιάζει. Η συγκεκριμένη αξιολόγηση έχει ήδη ξεκινήσει από τη φάση της διάγνωσης με τη χρήση ειδικών διαγνωστικών εργαλείων και με την κλινική παρατήρηση. Η συνεργασία με το παιδί ξεκινά με στόχο τη σταδιακή διαμόρφωση υψηλής αυτοεκτίμησης και την ανάπτυξη της προθυμίας του να συμμετάσχει ενεργά στη θεραπευτική διαδικασία. Η συμβολή των γονέων και των δασκάλων στην επίτευξη αυτού του στόχου έχει ουσιαστική σημασία. Οι τεχνικές αυτές απευθύνονται κυρίως σε παιδιά σχολικής ηλικίας, αλλά με μικρές τροποποιήσεις είναι δυνατόν να εφαρμοστούν τόσο σε παιδιά προσχολικής ηλικίας όσο και σε εφήβους (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Selikowitz, 1995).

Όταν πλέον ο ειδικός διαμορφώσει μια ολοκληρωμένη εικόνα της συμπεριφορά του παιδιού, εντοπίζει και καταγράφει τις μορφές συμπεριφοράς που χρειάζονται τροποποίηση, καθώς και εκείνες που απουσιάζουν από το ρεπερτόριο του παιδιού και πρέπει να αναπτυχθούν. Στη συνέχεια με τη συνεργασία του με τους γονείς και τους δασκάλους, τοποθετεί τους στόχους αυτούς κατά σειρά προτεραιότητας και επιλέγει δύο ή τρεις στους οποίους θα επικεντρωθεί αρχικά όλη η προσπάθεια. Το επόμενο βήμα είναι να οριστεί το χρονικό διάστημα μέσα στο οποίο αναμένεται η επίτευξη αυτών των στόχων. Μόλις οι στόχοι επιτευχθούν πλήρως, το παιδί παίρνει την προσυμφωνημένη αμοιβή και οι παλιοί στόχοι αντικαθίστανται από νέους, με μεγαλύτερο βαθμό πολυπλοκότητας και δυσκολίας. Η επιτυχία στους στόχους που τέθηκαν, η ικανοποίηση των ενηλίκων από αυτή την επιτυχία και η παροχή αμοιβής ενισχύουν την προθυμία του παιδιού να εμπλακεί ακόμη περισσότερο σε αυτή τη διαδικασία (όπ.π., σελ: 270-271, 140-145).

Η επιλογή των ενισχυτών έχει πολύ μεγάλη σημασία για την επιτυχία ενός τέτοιου προγράμματος. Έχει ήδη αναφερθεί ότι εξαιτίας της ελλειμματικής εσωτερικής κινητοποίησης τους τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν ανάγκη από εξωτερικούς ενισχυτές. Το είδος των ενισχυτών που είναι σημαντικοί για ένα παιδί εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από

την ηλικία του και την προσωπικότητά του. Είναι σημαντικό λοιπόν η επιλογή του ενισχυτή να γίνεται μαζί με το παιδί, ώστε να εξασφαλίζεται ότι ο εξωτερικός ενισχυτής θα αποτελέσει ισχυρό κίνητρο για την καταβολή προσπάθειας εκ μέρους του. Είναι βεβαίως αυτονόητο ότι οι ενισχυτές δεν θα πρέπει να παρέχονται στο παιδί παρά μόνο μετά την ολοκλήρωση της προσπάθειας. Τέλος, έχει διαπιστωθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ενδιαφέρονται περισσότερο για την αμεσότητα παρά για το μέγεθος της αμοιβής (Sonuga-Barke et al., 1992 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Έρευνες έχουν καταδείξει ότι η αμοιβή δεν μειώνει το ενδιαφέρον που η ίδια η εκτελούμενη δραστηριότητα μπορεί να έχει για το παιδί. Άλλωστε, το παιδί ενισχύεται βαθμιαία από την ίδια του την επιτυχία και το βάρος μεταφέρεται σταδιακά από τους εξωτερικούς ενισχυτές σε εσωτερικούς. Τις περισσότερες φορές μάλιστα δεν έχει τόση αξία για το παιδί το δώρο, αλλά η λεκτική επιβράβευση από τον γονέα, τον ειδικό ή το δάσκαλο (Eisenberger & Cameron, 1996 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η ανάγκη εκπαίδευσης των γονέων και ενδεχομένως των δασκάλων στη χρήση τεχνικών τροποποίησης της συμπεριφοράς καταδεικνύεται επίσης από το γεγονός ότι η γενίκευση των αποτελεσμάτων τους από το κλινικό πλαίσιο στο χώρο του σχολείου και της οικογένειας δεν είναι αυτόματη. Είναι συνεπώς απαραίτητο γονείς και δάσκαλοι να εκπαιδευτούν, προκειμένου να αποκτήσουν την ικανότητα να χειρίζονται αποτελεσματικά τις αντιδράσεις του παιδιού με ΔΕΠ-Υ με τρόπο ο οποίος να ευνοεί την εκδήλωση της θετικής συμπεριφοράς και να αποτρέπει την εκδήλωση της αρνητικής συμπεριφοράς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Barkley, 1982).

Όσο αφορά τη Γνωσιακή-συμπεριφορική θεραπεία, είναι μια θεραπεία η οποία αποτελεί μια επέκταση των κλασικών μεθόδων τροποποίησης της συμπεριφοράς, και συμπεριλαμβάνει την κατανόηση των αντιλήψεων, των στάσεων και των πεποιθήσεων τόσο των ίδιων των ατόμων που δέχονται τη θεραπεία όσο και των σημαντικών προσώπων του περιβάλλοντός τους. Ο κεντρικός στόχος της γνωσιακής-συμπεριφορικής παρέμβασης είναι να βοηθήσει τα παιδιά και τις οικογένειές τους να μάθουν να ασκούν έλεγχο στις σκέψεις και στα συναισθήματά τους ως μέσου για την αλλαγή της συμπεριφοράς τους. Στηρίζεται σε αρχές της θεωρίας της συμπεριφοράς και ειδικότερα, της θεωρίας της μάθησης. Χρησιμοποιεί στρατηγικές μεθοδολογικά ορθές

και εμπειρικά θεμελιωμένες και εφαρμόζει αυτές τις αρχές σε προβλήματα προσαρμογής των παιδιών και των εφήβων (Ollendick, 1986 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000).

Η Λογικό-θυμική συμπεριφορική θεραπεία είναι μια ακόμη θεραπευτική προσέγγιση η οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τα ερευνητικά δεδομένα των Doyle και των συνεργατών της (2004), η θεραπεία αυτή φαίνεται να είναι πολύ βοηθητική στα θέματα που αφορούν δευτερογενή συναισθηματικά προβλήματα καθώς παράλληλα εξαλείφει την επιρροή των παράλογων σκέψεων που συνήθως επιδεινώνουν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ. Φυσικά, η επιτυχία αυτής της θεραπείας επέρχεται μετά από επίπονη και συστηματική προσπάθεια, μέσα σε ένα καλά δομημένο περιβάλλον το οποίο πληρεί όλες τις κατάλληλες προϋποθέσεις και είναι πλήρως εφοδιασμένο με τα κατάλληλα μέσα (Doyle et al., 2004).

Συμπερασματικά, όποιες και αν είναι οι τεχνικές που θα επιλέξει ο ειδικός για το σχεδιασμό της θεραπευτικής παρέμβασης στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ, θα πρέπει να ασχοληθεί συστηματικά με τις αντιλήψεις των γονέων και των δασκάλων για τις δυσκολίες των παιδιών που παρουσιάζουν αυτή τη διαταραχή, αλλά και τις αντιλήψεις του ίδιου του παιδιού για τον εαυτό του και τις δυσκολίες του. Επειδή, συχνά οι γονείς θεωρούν δύσκολη την οργάνωση ενός τέτοιου προγράμματος, πάντα στρέφονται σε ένα ειδικό για περαιτέρω βοήθεια. Ένας ειδικός, όπως είναι ο ψυχολόγος, μπορεί να αφιερώσει χρόνο και κόπο για να δημιουργήσει τις κατάλληλες προϋποθέσεις έτσι ώστε ένα τέτοιο πρόγραμμα να γίνει πιο λειτουργικό. Σε κάθε περίπτωση θεωρείται ότι ο εντοπισμός των δυσλειτουργικών αντιλήψεων από τον ειδικό και η αντικατάστασή τους με άλλες ορθότερες και πιο λειτουργικές στα πλαίσια μιας γνωσιακής-συμπεριφορικής προσέγγισης, αποτελούν απαραίτητη προϋπόθεση για την εξασφάλιση της συνεργασίας των γονέων και της δυναμικής συμμετοχής τους στη θεραπευτική διαδικασία. Έχει άλλωστε αποδειχθεί ότι οι αισιόδοξοι γονείς επικεντρώνονται στην ενεργό αντιμετώπιση των προβλημάτων, ενώ οι απαισιόδοξοι εστιάζονται στα συναισθήματα απογοήτευσης που τους διακατέχουν, εγκαταλείποντας εύκολα τους στόχους της παρέμβασης όταν συναντούν δυσκολίες (Carver & Scheier, 1986 παραπομπή στο Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2000· Selikowitz, 1995).

12.2.4. Παρέμβαση στο πλαίσιο του σχολείου

Συνήθως τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν προβλήματα στο σχολείο εξαιτίας των χαρακτηριστικών τους συμπτωμάτων που είναι η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Συχνά βιώνουν μαθησιακές δυσκολίες που φαίνονται να επηρεάζονται από διάφορους παράγοντες. Τα περισσότερα από αυτά τα παιδιά έχουν προβλήματα στη μάθηση εξαιτίας της παρορμητικότητάς τους, της ανάγκης τους να τα «εγκαταλείπουν», την τάση τους να «τελειώνουν» γρήγορα τις αρμοδιότητές τους και τέλος της ανικανότητάς τους να ελέγξουν τον εαυτό τους. Μερικά παιδιά με ΔΕΠ-Υ επίσης, έχουν συγκεκριμένα προβλήματα στο διάβασμα, στην ορθογραφία και στα μαθηματικά. Το 90% έχουν χαμηλή αποδοτικότητα στη σχολική εργασία, το 90% βιώνουν συνεχώς σχολικές αποτυχίες, το 20% έχουν δυσκολίες στην ανάγνωση, το 60% έχουν σοβαρές δυσκολίες στη γραφή και τέλος το 30% παραιτείται από το σχολείο, κυρίως στις Η.Π.Α (Wender, 2000· Munden & Arcelus, 1999).

Η σχολική ζωή των παιδιών με διαταραχές συγκέντρωσης της προσοχής είναι συνυφασμένη με επώδυνες εμπειρίες, εξαιτίας των μαθησιακών προβλημάτων που αναφέρονται καθημερινά. Η περαιτέρω ψυχική τους εξέλιξη βρίσκεται σε κίνδυνο και μπορεί να ζημιωθεί. Η μάθηση γίνεται δύσκολη, αν και υπάρχουν ουσιαστικά οι αντίστοιχες ικανότητες. Μπροστά σε τέτοιες καταστάσεις επιβάλλεται κατανόηση και μείωση των απαιτήσεων, όταν το αποτέλεσμα, η μάθηση δεν προχωρεί ικανοποιητικά. Πολλά ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν την επίδραση επιμέρους θυμικών καταστάσεων όπως είναι το αυτοσυναίσθημα, το αίσθημα ασφάλειας, η «μαθημένη αδυναμία», η αγάπη και το άγχος στη μάθηση (Snow et al., 1996· Stober, 1996· Covington, 1992· Schunk, 1991· Dweck & Leggett, 1988· Schwarzer, 1993 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

Με δεδομένο ότι η ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής είναι μια ικανότητα εξελίξιμη, όπως και πολλές άλλες ικανότητες, απαιτείται η επινόηση και η εφαρμογή των κατάλληλων τεχνικών στήριξης για τη βελτίωση και εξέλιξή της. Προϋπόθεση για την εφαρμογή τους είναι η τήρηση των βασικών ψυχολογικών, παιδαγωγικών και διδακτικών αρχών, καθώς και των αναγκαίων μέτρων υγιεινής. Πέραν από αυτά, εφόσον κρίνεται απαραίτητο, προστίθενται η ιατρική και η ψυχολογική στήριξη, καθώς και η ανάλογη

παρέμβαση στο ψυχολογικό, κοινωνικό και φυσικό περιβάλλον. Στα παιδιά αυτά μπορεί να προσφερθεί βοήθεια και στήριξη από τη νηπιαγωγό και το δάσκαλο. Σχετική με αυτά βοήθεια προσφέρεται και μέσω της αναγνώρισης, επιβεβαίωσης, του επαίνου, με την έγκαιρη συζήτηση με τους γονείς και με τη σταδιακή επέκταση της περιοχής ενδιαφερόντων του παιδιού. Είναι γνωστό ότι η αμοιβή καλυτερεύει τη συναισθηματική κατάσταση και το αυτοσυναίσθημα και ενισχύει τη μάθηση, ενώ η μομφή επιδρά αρνητικά σε αυτά. Σε περιπτώσεις που απαιτείται η μομφή είναι προτιμότερο οι υποδείξεις να γίνονται έμμεσα με τους κανόνες και τα αντίστοιχα σύμβολα που έχουν υιοθετηθεί από την τάξη (Czerwenka et al, 1995· Schiefele, 1978· Schiefele & Krapp, 1981· Mietzel, 1998 παραπομπή στο Κυπριωτάκη, 2004).

Αναφορικά με την τοποθέτηση του στην τάξη, το υπερκινητικό παιδί πρέπει να κάθεται σε σημείο όπου υπάρχουν όσο το δυνατόν λιγότερα οπτικά ερεθίσματα. Τα μπροστινά καθίσματα προσφέρονται για ένα επιπρόσθετο λόγο: για άμεση επέμβαση εκ μέρους του εκπαιδευτικού, αλλά και επειδή η παρουσία του και μόνο κατευνάζει την ανησυχία του παιδιού. Σε περίπτωση επέμβασης είναι καλύτερα ο εκπαιδευτικός να ακουμπάει το χέρι του στην πλάτη του μαθητή και να λέει όσο το δυνατόν λιγότερα λόγια. Τα νεύματα είναι πάντα πιο αποτελεσματικά και τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αντιδρούν θετικά σε αυτά. Τα λόγια και οι υποδείξεις προς το υπερκινητικό παιδί δε φέρνουν κανένα αποτέλεσμα, έστω και αν επαναλαμβάνονται πολλές φορές την ημέρα. Όσες παρατηρήσεις και υποδείξεις κάνει ο εκπαιδευτικός, πάντα έχουν το ίδιο αποτέλεσμα και αυτό διότι το πρόβλημα του υπερκινητικού παιδιού είναι η αδυναμία του να ελέγξει τις δραστηριότητές του. Η γλώσσα, λοιπόν, σε μια τέτοια περίπτωση ως βοηθητικό ή επικοινωνιακό μέσο, δε φέρνει κανένα αποτέλεσμα. Εκτός αυτού, με τις διαρκείς παρατηρήσεις στο σχολείο και στο σπίτι δημιουργείται ένα αρνητικό γλωσσικό πρότυπο, διότι οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί αναγκάζονται να εκφράζονται σχεδόν πάντα αρνητικά. Αναπτύσσεται έτσι στο μαθητή μια έλλειψη διάθεσης για τη μάθηση της γλώσσας – προφορικής και γραπτής – στην οποία ούτως η άλλως δυσκολεύεται (Μάρκου, 1994).

Η συμπεριφορά του υπερκινητικού παιδιού είναι δεκτική επηρεασμού με μη λεκτικό τρόπο. Έτσι όταν θέλει κανείς να ησυχάσει ένα υπερκινητικό παιδί, θα πρέπει να ακολουθήσει τις παρακάτω ενέργειες: να σταθεί ακριβώς δίπλα του, να βάλει το χέρι του

στους ώμους του και να αναπτύξει μαζί του ένα κώδικα επικοινωνίας με σύμβολα και νεύματα, όπως το σύμβολο της ησυχίας – π.χ. μικρές καρτούλες με το σύμβολο του STOP ή μια κόκκινη λάμπα, που σημαίνει ότι πρέπει να σταματήσει. Τέτοιες απλές ενέργειες όπως οι παραπάνω δεν πρέπει να υποτιμούνται, διότι στη πράξη έχει αποδειχθεί ότι επιδρούν θετικά στην όλη συμπεριφορά του παιδιού (Κυπριωτάκη, 2004· Μάρκου, 1994).

Τα υπερκινητικά παιδιά χρειάζονται κατά τη διάρκεια του μαθήματος κάποια χρονικά διαστήματα με δραστηριότητα. Γι' αυτό τα περισσότερα έχουν αναπτύξει δικές τους στρατηγικές εκτόνωσης όπως, π.χ. πηγαίνουν να πιουν νερό ή κάθε μισή ώρα πηγαίνουν στη τουαλέτα. Ο δάσκαλος πρέπει να τα αφήνει να ενεργούν κατ' αυτόν τον τρόπο ή και να τα στέλνει για μικροδουλειές τέτοιες που απαιτούν κίνηση, όπως π.χ. να τρέξουν να φέρουν κιμωλίες ή το χάρτη ή να μοιράσουν τα τετράδια στα άλλα παιδιά. Είναι προτιμότερο να προλαμβάνει κανείς καταστάσεις και να αφήνει το υπερκινητικό παιδί να εκτονωθεί εκτός τάξης για λίγο, παρά να προκληθεί φασαρία στο τμήμα που θα αναστατώσει όλα τα παιδιά (Μάρκου, 1994· Munden & Arcelus, 1999).

Η ικανότητα αυτοσυγκέντρωσης στα υπερκινητικά παιδιά είναι μειωμένη σε σύγκριση με εκείνη άλλων μαθητών και επιπλέον παρουσιάζουν δύο ακόμη σημαντικές δυσκολίες που είναι η αδιάκοπη δραστηριότητα και ανησυχία και η παρορμητικότητα στο γνωστικό τομέα. Οι παραπάνω δυσκολίες θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με προγραμματισμένες δραστηριότητες άθλησης και με ευθύνη της οικογένειας, με ασκήσεις ηρεμίας και με σχεδιασμό και εκτέλεση συγκεκριμένων δραστηριοτήτων, όπως το να λύσει τρεις ασκήσεις αριθμητικής, χωρίς να διασπαστεί η προσοχή του από άλλα ερεθίσματα και να αφήσει στη μέση τη δραστηριότητα αυτή. Για να γίνει αυτό, θα πρέπει ο εκπαιδευτικός να του υποδείξει βήμα προς βήμα την πορεία της λύσης της άσκησης και το παιδί θα πρέπει να ακολουθήσει τις οδηγίες και ταυτόχρονα να αναφέρει ποιες ενέργειες κάνει εκείνη τη στιγμή. Έτσι ελέγχει τα αποτελέσματα της δραστηριότητάς του (Μάρκου, 1994).

Τέλος, ένα καλά σχεδιασμένο πρόγραμμα και ένα καλά ολοκληρωμένο σχέδιο, για την διαταραχή της ΔΕΠ-Υ, αποτελεί μια πετυχημένη προσπάθεια παρέμβασης στο σχολικό πλαίσιο για τα παιδιά με αυτή τη διαταραχή. Οι γονείς και οι δάσκαλοι μπορούν μέσω προγραμμάτων, ασκήσεων και παιχνιδιών, να στηρίξουν και να ενισχύσουν όχι

μόνο την ικανότητα συγκέντρωσης της προσοχής, αλλά και τη μάθηση γενικότερα. Με αυτά μπορεί με παιγνιώδη μορφή, να επιτευχθεί ενδυνάμωση της ικανότητας προσοχής και της ικανότητας συγκέντρωσης της και η μάθηση να γίνει μια ευχάριστη ενασχόληση. Στην καθημερινή πρακτική και στα προσωπικά βιώματα, ο φυσικός χώρος προσφοράς της σχολικής γνώσης, της κατανόησης και της εμπέδυσής της είναι το σχολείο. Μέσα σε αυτό, στο πλαίσιο του σχολικού ωραρίου, με την κατάλληλη δομή και οργάνωση της διδασκαλίας ο μαθητής γίνεται κοινωνός της γνώσης. Θα πρέπει λοιπόν εκπαιδευτικοί και γονείς να είναι κατάλληλα προετοιμασμένοι και εφοδιασμένοι, έχοντας υπομονή και επιμονή για την πραγματοποίηση ενός τέτοιου δύσκολου έργου, το οποίο απαιτεί προσπάθεια, θέληση και αποφασιστικότητα (Κυπριωτάκη, 2004· Munden & Arcelus, 1999).

12.2.5 Θεραπεία στους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ

Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ τα οποία παρουσιάζουν τα συμπτώματα αυτής της διαταραχής και στην ενήλικη ζωή, αντιμετωπίζουν ένα μεγάλο αριθμό δυσκολιών σε πολλούς τομείς της ζωής τους. Κατανοώντας ότι αυτά τα προβλήματα πηγάζουν από τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, η αντιμετώπιση γίνεται ευκολότερη και από τον/την σύντροφο του ατόμου που παρουσιάζει τη ΔΕΠ-Υ αλλά και από τα άλλα μέλη της οικογένειας. Επομένως, τα πρώτα βήματα της θεραπευτικής παρέμβασης μπορούν να είναι η ορθή επεξήγηση για τη φύση της διαταραχής και το κατά πόσο αυτή η διαταραχή επηρεάζει τη λειτουργικότητα του ατόμου (Selikowitz, 1995).

Συνήθως οι θεραπείες που χρησιμοποιούνται στους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ είναι η φαρμακοθεραπεία και η συμβουλευτική. Η φαρμακοθεραπεία παραμένει η πιο σημαντική θεραπευτική παρέμβαση για τους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ και αποτελεί ζωτικό παράγοντα για τη βοήθεια τους. Αυτό συμβαίνει γιατί η λειτουργία του εγκεφάλου των ενήλικων ατόμων με ΔΕΠ-Υ, ανταποκρίνεται στη φαρμακευτική αγωγή όπως ακριβώς και των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Συνήθως, οι δόσεις που χρειάζονται κατά τη διάρκεια της ενηλικίωσης είναι αναλογικά πιο μικρές από αυτές που χρειάζονται στη παιδική ηλικία. Για παράδειγμα, ένας ενήλικας μπορεί να μην χρειάζεται να λαμβάνει τη φαρμακευτική

αγωγή καθημερινά όπως τα παιδιά σχολικής ηλικίας (Munden & Arcelus, 1999· Selikowitz, 1995)

Η φαρμακευτική αγωγή που χρησιμοποιείται στα παιδιά μπορεί να καταστεί κατάλληλη και για τους ενήλικες με ΔΕΠ-Υ. Τα αντικαταθλιπτικά φάρμακα συνήθως είναι πολύ αποτελεσματικά για τους ενήλικες που τυχόν μπορεί να παρουσιάζουν και συμπτώματα κατάθλιψης. Σε αυτές τις περιπτώσεις συνήθως χορηγούνται υψηλότερες δόσεις αυτών των φαρμάκων με στόχο τη μείωση των συμπτωμάτων της κατάθλιψης. Τα διεγερτικά φάρμακα συνήθως χορηγούνται εφόσον ο ενήλικας το επιλέξει. Επίσης, έρευνες έχουν υποδείξει ότι συνήθως το 52% των ενηλίκων που λαμβάνουν διεγερτικά ανταποκρίνονται στη θεραπεία. Το αγχολυτικό φάρμακο Buspirone φαίνεται να έχει γρήγορη και σταθερή επίδραση στα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ και είναι σχετικά ασφαλή για ασθενής με καρδιακές ανωμαλίες. Επίσης, το Propranolol χρησιμοποιείται συνήθως για να μειώσει τη συχνότητα των εκρήξεων θυμού που συνήθως έχουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ αλλά και στη μείωση των συμπτωμάτων της. Παρ' όλα αυτά χρειάζεται περισσότερη έρευνα, για να αποφασιστεί ποια φάρμακα και ποιες δόσεις είναι καταλληλότερες για τη θεραπεία των ενηλίκων που παρουσιάζουν ΔΕΠ-Υ (όπ.π., 1999, 1995 σελ: 131-132, 188).

Όσο αφορά τη συμβουλευτική των ατόμων αυτών υπάρχουν πολλά ζητήματα τα οποία δεν μπορούν να αντιμετωπιστούν μόνο με τη φαρμακευτική αγωγή. Αυτά περιλαμβάνουν τη χαμηλή αυτοεκτίμηση, τη συναισθηματική και κοινωνική απομόνωση, τα συναισθήματα θυμού και αποδιοργάνωσης, την τάση αργοπορίας και την απόρριψη δύσκολων αποστολών. Η ατομική και η ομαδική ψυχοθεραπεία είναι αυτές που συνήθως προτείνονται για τη θεραπεία των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ αλλά σε πολλές περιπτώσεις η οικογενειακή ψυχοθεραπεία ή η συμβουλευτική ζευγαριού μπορούν να καταστούν πολύ πιο αποτελεσματικές. Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ χρειάζονται βοήθεια να βρουν τρόπους να λύσουν προσωπικά ζητήματα που αφορούν αυτούς και την οικογένειά τους αλλά χρειάζονται και καθοδήγηση για την επαγγελματική τους ανέλιξη. Μέθοδοι όπως είναι ο έλεγχος του θυμού, η θεραπεία για τον εθισμό, η εύρεση τρόπων για την απόκτηση δεξιοτήτων είναι και αυτοί αποτελεσματικοί. Η γνωστική ψυχοθεραπεία επίσης τους βοηθάει να ελέγχουν τις σκέψεις και τα συναισθήματά τους σε αρκετά μεγάλο βαθμό. Η συμβουλευτική και το παίξιμο ρόλων είναι μέθοδοι οι οποίοι πολύ συχνά βοηθούν αυτά τα άτομα να καταπολεμήσουν το δυσλειτουργικό τους άγχος αλλά και να

καταπολεμήσουν τα συμπτώματα που χαρακτηρίζουν αυτή τη διαταραχή (Κυπριωτάκη, 2004· Selikowitz, 1995).

Συμπερασματικά, μπορεί να ειπωθεί ότι για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ στην ενήλικη ζωή, παραμένουν πολλά αναπάντητα ερωτήματα, για τα οποία χρειάζεται περαιτέρω κλινική έρευνα και διερεύνηση. Θα πρέπει η ενημέρωση και η αποτελεσματική παρέμβαση να συνεχίσουν να αυξάνονται στο έπακρον, για να εξασφαλιστεί έτσι η καλύτερη διάγνωση και θεραπεία, έχοντας ως αποτέλεσμα την αντιμετώπιση αρκετών δυσκολιών που συνήθως αντιμετωπίζουν οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ (Munden & Arcelus, 1999).

Κλείνοντας το κεφάλαιο της θεραπευτικής αντιμετώπισης της ΔΕΠ-Υ, είναι φανερό ότι, κατά τη διάρκεια των χρόνων εφευρέθηκαν και επινοήθηκαν αρκετοί τρόποι παρέμβασης τόσο σε ιατρικό όσο και σε ψυχολογικό επίπεδο, με κύριο σκοπό την αποτελεσματική αντιμετώπιση της διαταραχής αυτής. Μέσα από το πρίσμα της αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης οι ειδικοί, οι εκπαιδευτικοί και οι γονείς είναι υποχρεωμένοι να είναι εφευρετικοί και να θέτουν όρια, να είναι συνεπείς και να αντιμετωπίζουν την κάθε δυσκολία που προκύπτει, να κρατάνε τις υποσχέσεις τους, να σέβονται τη διαφορετικότητα των παιδιών, να ενημερώνονται και να ενημερώνουν, να ενισχύουν την κάθε προσπάθεια και την κάθε βελτίωση του παιδιού, να δίνουν ευκαιρίες, να είναι προσεκτικοί και υπομονετικοί και λιγότερο απαιτητικοί και τέλος να του παρέχουν συνεχώς κίνητρα για βελτίωση. Επίσης, η εμπιστοσύνη προς το παιδί, η ενίσχυση των θετικών του χαρακτηριστικών και ο θεσμός μελλοντικών στόχων, αποτελούν σημαντικούς παράγοντες υλοποίησης της προσπάθειας για αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος του παιδιού που παρουσιάζει ΔΕΠ-Υ. Τίποτα δεν είναι εύκολο και γι' αυτό απαιτείται θέληση, υπομονή και επιμονή. Μια αποτελεσματική στάση θα ήταν αυτή που θα καθιστούσε το ίδιο το άτομο μέρος του προβλήματός του θέτοντάς του την ευθύνη να αποφασίσει το ίδιο τι θα ήταν καλύτερο για αυτό.

13. Συμπέρασμα:

Η παρούσα εργασία ξεκινάει με την αναφορά στην ενότητα της ιστορικής αναδρομής της ΔΕΠ-Υ, στην οποία εξετάζεται η πορεία της διαταραχής μέσα στο πέρασμα των χρόνων. Επισημαίνεται ο τρόπος εξέλιξης της ονομασίας της και η διαδικασία του τρόπου διάγνωσής και θεραπευτικής αντιμετώπισής της. Στη συνέχεια εξετάζονται οι παράγοντες οι οποίοι έχουν συμβάλει στη πορεία εξέλιξης του όρου της αλλά και οι θεωρίες που αναπτύχθηκαν με σκοπό την επεξήγησή της.

Στην επόμενη ενότητα περιγράφονται τα επιδημιολογικά στοιχεία που αφορούν τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ, στα οποία υποστηρίζεται ότι, η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ κυμαίνεται μεταξύ του 3%-5% του γενικού πληθυσμού. Σύμφωνα με τις επιδημιολογικές έρευνες που πραγματοποιήθηκαν σε διάφορα μέρη του κόσμου, όπως προαναφέρθηκε, η συχνότητα της ΔΕΠ-Υ φαίνεται να παρουσιάζει κάποιες διαφορές στα ποσοστά εμφάνισής της. Εντούτοις, είναι φανερό πως ο τρόπος μέτρησης της συχνότητας έχει μεγάλη σημασία για τα επιδημιολογικά δεδομένα, εφόσον υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στον τρόπο που συλλέγονται οι πληροφορίες από τα δύο διαγνωστικά εγχειρίδια το DSM-IV και ICD-10. Επιπροσθέτως, αυτές οι έρευνες απέδειξαν ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ είναι 3 φορές μεγαλύτερη στα αγόρια από ότι στα κορίτσια και αυτό επαληθεύεται από πολλές κλινικές και στατιστικές έρευνες, αν και τα σημερινά δεδομένα τείνουν να αλλάξουν την υπόθεση αυτή.

Στη συνέχεια, στην ενότητα των πιθανών αιτιών της ΔΕΠ-Υ βγαίνει το συμπέρασμα ότι ο οργανισμός αλλά και ο πολιτισμός ασκεί καθοριστική επίδραση στην ανθρώπινη φύση αλλά και στη συμπεριφορά. Συγκεκριμένα, στη δημιουργία, στην ανάπτυξη και στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ φαίνεται ότι επιδρούν κληρονομικοί και βιολογικοί παράγοντες, περιβαλλοντικοί και ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, διαδικασίες και συμπεριφορές που είναι αποτέλεσμα ενδοψυχικών παραγόντων, υπερβολικά υψηλών επιπέδων άγχους και στρεσογόνα γεγονότα ζωής, καθώς και διαταραγμένες ενδοικογενειακές σχέσεις και διαπροσωπικές αλληλεπιδράσεις. Η εξέταση αυτή των αιτιών παρέπεμψε σε πολλές ερμηνείες αλλά τίποτα δεν είναι σίγουρο που να αφορά την αιτιολογία της συμπτωματολογίας της ΔΕΠ-Υ. Αυτή η ιδιαίτερη έμφαση στις θεωρητικές και σύγχρονες κατευθύνσεις της έρευνας έχει

προσφέρει καρπούς τόσο στην καλύτερη κατανόηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, όσο και στην καλύτερη διάγνωση και θεραπεία της. Επίσης, στο κεφάλαιο αυτό επισημαίνεται το γεγονός ότι αν και υπάρχουν πολλές μελέτες όσο αφορά το θέμα των πιθανών αιτιών τίποτα δεν πρέπει να σταματήσει εδώ, εφόσον υπάρχουν εξελίξεις και νέα δεδομένα

Έπειτα, στην ενότητα των διαγνωστικών κριτηρίων και της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ φαίνεται ότι, τόσο η κλινική εικόνα όσο και τα διαγνωστικά κριτήρια διαφέρουν από πληθυσμό σε πληθυσμό αλλά διαφέρουν και ανάμεσα στα διαγνωστικά στατιστικά εγχειρίδια. Είναι σημαντικό η διάγνωση να πραγματοποιείται με επαγγελματικό και επιστημονικό τρόπο από ειδικά καταρτισμένους και έμπειρους ειδικούς αλλά και ο τρόπος διάγνωσης να επιλέγεται με αρτιότητα και σύνεση. Δεν πρέπει να παραλείπεται το γεγονός ότι, το στάδιο της διάγνωσης είναι μια έντονη και επίπονη διαδικασία τόσο για το παιδί όσο και για τους γονείς του. Επίσης, επισημαίνεται ότι σε αυτή τη περίπτωση θα πρέπει να παρέχεται ιδιαίτερη προσοχή και υποστήριξη. Το συμπέρασμα που προκύπτει σχετικά με το θέμα της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ είναι το γεγονός ότι, εάν η διαγνωστική διαδικασία εξελιχτεί με επιστημονικά λανθασμένο τρόπο είναι πιθανόν να υπάρξουν ανεπανόρθωτες συνέπειες τόσο για την πορεία εξέλιξης της διαταραχής όσο και για τη θεραπευτική της αντιμετώπιση.

Μετά την αναφορά και την περιγραφή των χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ και των παραγόντων που επηρεάζουν την εμφάνισή της δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στα συνοδά προβλήματα και στη συννοσηρότητα της. Είναι σαφές πως η πρόοδος στην κατανόηση της αιτιολογίας και των χαρακτηριστικών συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ έχει επιτευχθεί καλύτερη αναγνώριση των συνοδών προβλημάτων αλλά και της κατανόησης της συνύπαρξής της με άλλες διαταραχές. Συγκεκριμένα, στη δημιουργία, στην ανάπτυξη και στην εμφάνιση των συνοδών προβλημάτων φαίνεται ότι ευθύνονται οργανικοί, γνωστικοί, συμπεριφοριστικοί, ακαδημαϊκοί, συναισθηματικοί και κοινωνικοί παράγοντες. Συγκεκριμένα, η συνύπαρξη με άλλες διαταραχές σίγουρα εντείνει και επιδεινώνει το πρόβλημα αλλά η αναγνώριση και κατανόησή άλλων πιθανών διαταραχών έχει ως αποτέλεσμα την αποφυγή λανθασμένων αντιλήψεων αλλά και λανθασμένων εντυπώσεων.

Στην επόμενη ενότητα γίνεται αναφορά στην αναπτυξιακή πορεία της ΔΕΠ-Υ στην οποία φαίνονται να υπάρχουν κάποιες εξελίξεις που διαφέρουν από άτομο σε άτομο. Ένας σημαντικός παράγοντας που επιδρά στην εξέλιξη της αναπτυξιακής πορείας των συμπτωμάτων της είναι η στάση του ίδιου του ατόμου απέναντι στη διαταραχή του, η οποία δέχεται έντονες επιδράσεις από τη στάση των άλλων και των μελών της οικογένειάς του, των επαγγελματιών ψυχικής υγείας και των ειδικών που εμπλέκονται στη θεραπευτική αντιμετώπισή τους, καθώς και από τις στάσεις που επικρατούν στη συγκεκριμένη κοινωνία που ζει το άτομο απέναντι στη διαταραχή αυτή.

Επακόλουθο όλων αυτών είναι και οι αλλαγές που παρατηρούνται, τα τελευταία κυρίως χρόνια στην αντιμετώπιση των ατόμων που πάσχουν από διάφορες διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς μεταξύ των οποίων είναι η φαρμακοθεραπεία, διάφορες μορφές ψυχοθεραπείας, η γνωστική θεραπεία που βασίζεται στην αναγνώριση και διόρθωση των αρνητικών νοητικών σχημάτων και οι θεραπείες συμπεριφοράς που είναι και ο αποτελεσματικότερος τρόπος παρέμβασης σε συνδυασμό με τη φαρμακοθεραπεία. Τέλος, όλα τα ερευνητικά δεδομένα επιβεβαιώνουν την αποτελεσματικότητα της ατομικής ή και οικογενειακής θεραπείας με την κατάλληλη φαρμακοθεραπεία, όταν αυτή ενδείκνυται, για την αντιμετώπιση της ΔΕΠ-Υ.

Επίλογος

Πολλά παιδιά γεννιούνται υπερκινητικά. Συχνά πάσχουν από υπερκινητικότητα πριν ακόμη γεννηθούν. Είναι ανήσυχα, κοιμούνται περίπου 3-4 ώρες το 24ωρο και κλαίνε σχεδόν αδιάκοπα. Οι μητέρες των παιδιών αυτών συνήθως δεν ξέρουν πώς να φερθούν, κυρίως αν είναι το πρώτο τους παιδί και ούτε το χάδι ούτε η αγκαλιά μπορούν να τα ησυχάσουν.

Καθώς τα παιδιά αυτά μεγαλώνουν, η υπερκινητικότητά τους εντείνεται - δείχνουν να κινούνται αδιάκοπα κι αυτό τα κάνει ευάλωτα σε ατυχήματα. Αν και μπορεί να έχουν υψηλό δείκτη νοημοσύνης, πολλά υπερκινητικά παιδιά παρουσιάζουν μαθησιακές δυσκολίες. Μπορεί να έχουν προβλήματα στην ομιλία και συχνά παρουσιάζουν αδεξιότητα στην ισορροπία. Η συμπεριφορά τους είναι απρόβλεπτη και καταστρεπτική. Είναι ευέξαπτα και κλαίνε συχνά. Είναι ανίκανα να καθίσουν ακίνητα για περισσότερα από λίγα λεπτά και έχουν πολύ κακό συντονισμό και αυτοσυγκέντρωση.

Συχνά έχουν ιστορικό πονοκεφάλων, κατάρρου, άσθματος, αλλεργικού κατάρρου και αναπνευστικών προβλημάτων. Πιστεύεται ότι ίσως υπάρχει κάποια σύνδεση μεταξύ του βρεφικού τραυματισμού και της υπερκινητικότητας, καθώς, σε πολλές περιπτώσεις, η κατάσταση δεν μπορεί να διαγνωσθεί. Η διάγνωση, η παρέμβαση και η θεραπευτική αντιμετώπιση είναι τρία στάδια στη ζωή των παιδιών αυτών πολύ σημαντικά. Επομένως γονείς, εκπαιδευτικοί και ειδικοί οφείλουν να συμβάλουν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στην διεκπεραίωση του πιο σημαντικού στόχου: την υποστήριξη των παιδιών και την μείωση των συμπτωμάτων της διαταραχής αυτής.

Πάνω από όλα, είναι παιδιά με αισθήματα, όνειρα, στόχους και «θέλω». Σε καμία λοιπόν περίπτωση δεν πρέπει να μείνουν παραγκωνισμένα ή παραμελημένα από την κοινωνία. Κάθε παιδί έχει δικαίωμα να ζει, να ονειρεύεται και να απαιτεί, όπως οι μεγάλοι, τον απαραίτητο σεβασμό και βοήθεια από το οικογενειακό και κοινωνικό του περιβάλλον.

Κλείνοντας, θα ήθελα να επισημάνω πως πολλά ερωτήματά και προβληματισμοί μου σχετικά με το θέμα της ΔΕΠ-Υ έχουν απαντηθεί. Οι επαρκείς απαντήσεις που πήρα, μέσα από την πιο πάνω διεξοδική μελέτη του θέματος, με βοήθησαν να αντιληφθώ καλύτερα το πρόβλημα της διαταραχής. Είμαι πλέον σε θέση να μπορώ να ανταποκριθώ

στις ανάγκες οποιουδήποτε υπερκινητικού παιδιού, αν και απαιτείται περισσότερη γνώση και εμπειρία. Τέλος, είναι σημαντικό να επισημάνουμε ότι η μελέτη του προβλήματος δε σταματάει, γι' αυτό ο κάθε ενσυνείδητος ψυχολόγος οφείλει να μελετά να «αφομοιώνει» και να εφαρμόζει τις νέες μεθόδους και θεωρίες. Με τον τρόπο αυτό θα υπάρξει μια εμφανής βελτίωση του προβλήματος, η οποία θα φέρει καλύτερα αποτελέσματα στο μέλλον.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΑΝΑΦΟΡΕΣ

Α. ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2000). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα*. Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2002). *Το σύνδρομο της ΔΕΠ-Υ και η επίδραση του στη σχολική επίδραση και στη συμπεριφορά των παιδιών*. Νέα Παιδεία, 101, 152-166.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2005). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητα*. *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων – Αναπτυξιακή Προσέγγιση* (σελ: 87-126). Τυπωθήτω: Αθήνα.
- Κάκουρος, Ε. (1996). Η προβληματική της διάγνωσης και αντιμετώπισης των ειδικών μαθησιακών δυσκολιών. *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού*, 37, 36-42.
- Κάκουρος, Ε. (1998). Η έκβαση των Ειδικών Μαθησιακών Δυσκολιών στην εφηβεία. *Αρχεία Νευροψυχολογικής Ιατρικής*. Ε.Ψ.Ψ.Ε.Π., τομ. 5, 3 (19), 89-91.
- Κουράκης, Ι.Ε. (1997). Η Προσοχή ως Αντιληπτικό Γεγονός – Αναφορικά με τη Δυσλεξία. *Ανίχνευση στον κόσμο των Μαθησιακών Διαταραχών - Σκιαγραφώντας τα πορτραίτα μιας περίπτωσης με Δυσλεξία* (σελ: 93-111). «ΕΛΛΗΝ».
- Κυπριωτάκη, Μ.Α. (2004). *Διαταραχές Συγκέντρωσης της Προσοχής – Τρόποι στήριξης και αντιμετώπισης – Σύγχρονες αντιλήψεις*: Ηράκλειο.
- Κυπριωτάκης, Α. (1982). *Η νοημοσύνη και η εξέλιξή της*. Έκδοση του συγγραφέα: Ηράκλειο.
- Μάνος, Ν. (1998). *Βασικά στοιχεία Κλινικής Ψυχιατρικής*. Θεσσαλονίκη: University studio Press.
- Μάρκου, Σ.Ν. (1994). *Υπερκινητικότητα ή Υπερκινητικό Σύνδρομο. «Δυσλεξία» Αριστεροχειρία – Κινητική Αδεξιότητα – Υπερκινητικότητα*. Θεωρία,

Διάγνωση και Αντιμετώπιση με ειδικές ασκήσεις, Β' έκδοση (σελ: 80-91).
Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα.

- Παρασκευόπουλος, Ι.Ν., Καλανζή-Ajzizi, Α. & Γιανίτσας, Ν.Δ. (1999). Ψυχομετρικό Εργαστήριο Φιλοσοφικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών. *Αθηνά Test Διάγνωσης Δυσκολιών Μάθησης*. Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα.
- Ρούσσου, Α. (1988). Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής. *Στα Σύγχρονα θέματα Παιδοψυχιατρικής*, Β' τομ. (σελ: 67-85). Καστανιώτη: Αθήνα.
- Χρηστάκης, Κ. (2001). *Προβλήματα Συμπεριφοράς στη Σχολική Ηλικία*. Ατραπός: Αθήνα.

B. ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Achenback, T.M. (1991). *Integrative Guide for the 1991 CBCL/4-18 YSR and TRF Profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenback, T.M. Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, VT: Department of Psychiatry.
- Achenback, T.M. Edelbrock, C. (1991). *Normative Data for the Child Behavior Checklist (rev.)*. Burlington, VT: Department of Psychiatry.
- Achenback, T.M., Howell, C.T., McConaughy, S.H. & Stanger, C. (1995). Six-year predictors of problems in a national sample of children and youth: II. Signs of disturbance. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 488-498.
- Ackerman, P.T., Dykman, R.A. & Oglesby, D.M. (1983). Sex and group differences in reading and attention disordered children with and without hyperkinesis. *Journal of Learning Disabilities*, 16, 404-415.
- Airaksinen, E.M., Michelson, K. & Jokela, V. (2004). The occurrence of inattention, hyperactivity, impulsivity and co-existing symptoms in a population study of 471 6-8 year old children based on the FTT (Five to

Fifteen) questionnaire. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13, 23-30.

- Alessandri, S.M. (1992). Attention play on social behavior in ADHD preschoolers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 289-302.
- American Academy of child and Adolescent Psychiatry. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with bipolar disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 138-157.
- American Psychiatric Association. (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd ed.). Washington, DC: Author
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1984). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd ed. Rev.). Washington, DC: Author.
- Anastasopoulos, A.D & Barkley, R.A. (1988). Biological factors in attention deficit hyperactivity disorder. *Behavior Therapist*, 11, 47-53.
- Andrews, K.B. (1999). Attention – Deficit Hyperactivity Disorder. The implications for early childhood Educators. *Early Childhood Special Education Journal*, 27, (2), 115-117.
- Angold, A. (1988). Childhood and adolescent depression: Epidemiological and aeriological aspects. *British Journal of Psychiatry*, 152, 601-617.
- Angold, A., Costello, E.J. & Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 57-87.
- August, G.J., Realmuto, G.M., MacDonald, A.W., Nugent, S.M.& Crosby, R. (1996). Prevalence of ADHD and comorbid disorders among elementary school children screened for disruptive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 571-595.
- Baird, J., Stevenson, J.C. & Williams, D.C. (2000). The evolution of ADHD: A disorder of communication? *Quarterly Review of Biology*, 75 (1), 17-35.

- Baker, L. & Cantwell, D.D. (1987). Attention deficit disorder and speech/ language disorders. *Comprehensive Mental Health Care*, 2, 3-16.
- Ball, J.D., Tiernan, M., Janusz, J. & Furr, A. (1997). Sleep patterns among children with attention deficit hyperactivity disorder. A reexamination of parent perceptions. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 389-398.
- Barabasz, M. & Barabasz, A. (1996). Attention deficit disorder: Diagnosis, etiology and treatment. *Child Study Journal*, 26, 1-36.
- Barber M.A., Milich, R. & Welsh, R. (1996). Effects of reinforcement schedule and task difficulty on the performance of attention deficit hyperactivity disordered and control boys. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25, 66-76.
- Barkley, R.A & Cunningham, C. & Karlssons, J. (1983). The speech of hyperactive children and their mothers. Comparisons with normal children and stimulant drug effects. *Journal of Learning Disabilities*, 16, 105-110.
- Barkley, R.A. & Cunningham, C.E. (1979). The effects of methylphenidate on the mother-child interactions of hyperactivity children: *Archives of General Psychiatry*, 36, 201-208.
- Barkley, R.A. (1977). A review of stimulant drug research with hyperactive children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 137-165.
- Barkley, R.A. (1982). *Hyperactive Children: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. Foreword by Dennis P. Cantwell John Wiley & Sons. Chichester New York: Brisbane Toronto.
- Barkley, R.A. (1990). *Attention deficit hyperactivity disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1995). A closer look at DSM-IV criteria for ADHD. Some unresolved issues. *The ADHD Report*, 3, 1-5
- Barkley, R.A. (1996). Attention – Deficit/ Hyperactivity Disorder. In E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Child Psychopathology* (pp.63-112). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1997). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: Guilford Press.

- Barkley, R.A. (1997b). *ADHD and the Nature of Self-Control*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1998b). *Attention deficit hyperactivity disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A., DuPaul, G. & McMurray, M.B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity as defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 575-789.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C.S. & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: an 8-year prospective follow up study. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546-557.
- Barkley, R.A., Grodzinsky, G. & DuPaul, G. (1992). Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 163-188.
- Barkley, R.A., Karlsson, J., Pollard, S. & Murphy, J.V. (1985). Developmental changes in the mother-child interactions of hyperactive boys: Effects of two dose levels of Ritalin. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 26, 705-715.
- Barkley, R.A., Koplwicz, S., Anderson, T. & McMurray, M.B. (1997). Sense of time in children with ADHD: Effects of duration, distraction and stimulant medication. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3, 4, 358-369.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R. & Kwasnik, D. (1996). Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with ADHD. *Pediatrics*, 98, 1089-1095.
- Barnes, B. & Colguhoun, I. (1992). *Το υπερκινητικό παιδί - Τα αίτια, τα προβλήματα & Οδηγός Αντιμετώπισης και Θεραπείας*. (Μετάφραση: Θεοδότα Νάντσου).Θυμάρι: Αθήνα.

- Battle, E.S. & Lacy, B. (1972). A context for hyperactivity in children over time. *Child Development*, 43, 757-773.
- Baumgaertel, A., Wolraich, M. & Dietrich, M. (1995). Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 629-638.
- Beitchman, J.H., Wilson, B., Brownlie, E.B. Walters, H. & Lancee, W. (1996). Long-term consistency in speech/ language profiles: I. Developmental and Academic outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 804-811.
- Bellak, L. & Bellak, S.S. (1955). *Kinder – Apperceptions – Test (CAT)*. Gottingen Hogrefe Verlag.
- Bender, L. (1942). *Postencephalitic Behavior Disorders in Children*. In J.B. Neal (ed.), *Encephalitis: A clinical study*. New York: Grune & Stratton.
- Benkmann, K-H. (1984): *Verhaltensstörungen als pädagogisches Problem*. Hagen Fernuniversität.
- Benton, A. (1991). Prefrontal injury and behavior in children. *Developmental Neuropsychology*, 7, 275-282.
- Berk, J.E. & Potts, M.K. (1991). Development and functional significance of private speech among attention-deficit hyperactivity disorder and normal boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 357-377.
- Berry, A. Shaywitz, E. & Shaywitz, A. (1985). Girls with attention deficit disorder. A silent majority – A report on behavioral and cognitive characteristics. *Pediatrics*, 75, 801-809.
- Bhatia, S., Nigam, R., Bohra, N. & Mallik, C. (1991). Attention deficit disorders with hyperactivity among pediatric out patients. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 32, 297-306.
- Biederman, J., Faraone, S.V. & Lapey, K. (1992). Comorbidity of diagnosis in attention deficit hyperactivity disorder. In G. Weiss (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America: Attention-deficit hyperactivity disorder* (pp.335-360). Philadelphia: Saunders.

- Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Knee, D. & Tsuang, M.T. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 526-533.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Keenan, K., Steingard, R. & Tsuang, M.T. (1991). Family association between attention deficit disorder (ADD) and anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 481, 633-642.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T., Kiley, K., Guite, J., Ablon, J.S., Reed, E. & Warburton, R. (1995a). High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: A pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 152, 431-435.
- Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lappey, K.A., Mick, E., Lehman, B.L. & Doyle, A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1792-1798.
- Biederman, J., Wozniak, J., Kiely, K., Ablon, S., Faraone, S., Mick, E., Mundy, E. & Kraus, I. (1995b). CBCL clinical scales discriminate prepubertal children with structured-interview-derived diagnosis of mania from those with ADHD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 464-471.
- Block, G.H. (1977). Hyperactivity: a culture perspective. *Journal of Learning Disabilities*, 110, 236-240.
- Blumenberg, F.J., Arnold, W., Eysenck, J. & Meili, R. (1974). *Lexikon der Psychologie*, Bd. 3, 518-521.
- Bohline, D.S. (1985). Intellectual and effective characteristics of attention deficit disorder children. *Journal of Learning Disabilities*, 18, 604-608.
- Bond, E.D. & Appel, K.E. (1931). *The Treatment of Behavior Disorders following Encephalitis*. New York: Commonwealth Fund.

- Borchardt, C.M. & Bernstein, G.A. (1995). Comorbid disorders in hospitalized bipolar adolescents compared with bipolar depressed adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 26, 11-18.
- Bourdon, B. (1895). Observations comparatives sur la reconnaissance, la discrimination et l' association. *Rev. Philos.* 40: 153.
- Braswell, L. & Bloomquist, M.L. (1991). *Cognitive – Behavioral Therapy with ADHD Children*. N.Y. Guilford Press.
- Breen, M.J. & Barkley, R.A. (1988). Child psychopathology and parenting stress I girls and boys having attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 265-280.
- Buckstein, O.G., Brent, D.A. & Kaminer, Y. (1989). Comorbidity of substance abuse and other psychiatric disorders in adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1131-1141.
- Buselmaier, W. & Tariverdian, G.H. (1991). *Humangenetik*. Berlin, Heidelberg, Springer.
- Butter, S.F., Arredondo, D.E. & McCloskey, V. (1995). Affective comorbidity in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Annals of Clinical Psychiatry*, 7, 51-55.
- Campbell, S.B. & Cluss, P. (1982). Peer relationships of young children with behavior problems. In K.H. Rubin & H.S. Ross (Eds.), *Peer Relationships and Social Skills in Childhood*. New York: Springer-Verlag.
- Campbell, S.B. & Ewing, L.J. (1990). Follow-up of hard-to-manage preschoolers: Adjustment at age nine years and predictors of continuing symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 891-910.
- Campbell, S.B. (1985). Hyperactivity in preschoolers: Correlates and prognostic implications. *Clinical Psychology Review*, 5, 405-428.
- Campbell, S.B. (1987). Parent-referred problem three year olds: developmental changes in symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 28, 835-846.

- Campbell, S.B., Szumowski, E.K. Ewing, L.J., Gluck, D.S. & Breaux, A.M. A multi-dimensional assessment of parent-identified behavior problem toddlers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 569-592.
- Cantwell, D. (1981). Foreword. In R.A. Barkley. *Hyperactive Children: A Handbook for Diagnosis and Treatment*. New York: Guilford Press.
- Cantwell, D.D. & Baker, L. (1991). Association between attention deficit hyperactivity disorder and learning disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 21 (2), 88-95.
- Cantwell, D.P. (1996). Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (8), 978-987, Carte, E.T., Nigg, J.T. & Hinshaw, S.P. (1996). Neuropsychological functioning, motor speed and language processing boys with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24 (4), 481-498.
- Capaldi, D.M. (1992). Co-occurrence of conduct problem and depressive symptoms in early adolescent boys: II. A 2 year follow-up at grade 8. *Development and Psychopathology*, 4, 125-144.
- Carlson, G.A. (1990). Child and adolescent mania – diagnostic considerations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31, 331-342.
- Carte, E.T. Nigg, J.T. & Hinshaw, S.P. (1996). Neuropsychological functioning, motor speed and language processing in boys with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 481-498.
- Carver, C.S. & Scheier, M.F. (1986). Dispositional optimism: A theoretical analysis and implications for the self-regulation of behavior. *Paper presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association*, Washington, DC.
- Carver, C.S. & Scheier, M.P. (1981). *Attention and Self-Regulation: A Control Theory Approach to Human Behavior*. New York: Springer Verlag.
- Castellanos, F.X., Giedd, J.N., Marsh, W.L., Hamburger, S.D., Vaituzis, A.C., Dickstein, D.P., Sarfatti, S.E., Vauss, Y.C., Snel, J.W., Lange, N., Kaysen, D., Krain, A.L., Ritchie, G.F., Rajapakse, J.C. & Rapoport, J.L.

- (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 607-616.
- Castellanos, X.F., Sonuga-Barke, E.J.S., Milham, M. & Tannock, R. (2006). Characterizing cognition in ADHD: Beyond executive dysfunction. *Trends in Cognitive Sciences*, 10 (3), 117-123.
 - Cataldo, M.F., Finner, J.W., Richman, G.S., Riley, A-W., Hook, R.J., Brophy, C.J. & Nau, P.A. (1992). Behavior of injured and uninjured children and their parents in a stimulated hazardous setting. *Journal of Pediatric Psychology*, 17, 73-80.
 - Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child: *New York state Journal of Medicine*, 60, 2379-2385.
 - Chowdhury, U. (2008). Tourette syndrome. *Clinical syndromes*, 345-348.
 - Cody, H., Hynd, G.W. & Hall, L.J. (1996). Depression symptomatology as a distinguishing characteristic between ADHD inattentive and combined subtypes. *Paper presented at the National Academy of Neuropsychology annual conference*. New Orleans, LA.
 - Cohen, N.J., Barwick, M.A., Horodezky, N.B., Valance, D.D. & Im, N. (1998). Language, achievement and cognitive processing in psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (6), 865-877.
 - Cohen, N.J., Davine, M. & Meleoche-Kelly, M. (1989). Prevalence of unsuspected language disorders in a child psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 107-111.
 - Cohen, N.J., Menna, N.J., Valance, D.D., Barwick, M.A., Im, N. & Horodezky, N.B. (2000). Language, social cognitive processing and behavioral characteristics in psychiatrically disturbed children with previously identified and unsuspected language impairments. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39 (6), 853-864.
 - Comings, D.E. & Comings, B.G. (1988). *Tourette's syndrome and attention deficit disorder*. In D.J. Cohen, R.D. Brunn & J.F. Leckman (Eds.),

Tourette's syndrome and tic disorders: clinical understanding and treatment (pp. 119-136). New York: Wiley.

- Conners, C.K. (1980). *Food Additives and Hyperactive Children*. New York: Plenum.
- Conners, C.K. (1990). *The Conners Rating Scales*. North Tonawanda, NY: Mui – Health Systems.
- Conrad, P. (1975). The discovery of hyperkinesis: Notes on the medicalization of deviant behavior. *Social Problems*, 23, 12-21.
- Convigton, M. (1992). *Making the Grade: A Self-Worth Perspective on Motivation and School Reform*. United Kingdom: Cambridge University Press.
- Cook E.H., Stein, M.A., Krasowski, M.D., Cox, N.J., Olkon, D.M., Kieffer, J.E. & Leventhal, B.L. (1995). Association of attention deficit disorder and the dopamine transporter gene. *American Journal of Human Genetics*, 56, 993-998.
- Corkum, P.V. Beig, S., Tannock, R. & Moldofsky, H. (1997). Comorbidity. The potential link between attention deficit hyperactivity disorder and sleep problems. *Paper presented at the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Toronto, Canada.
- Costello, E.J., Leper, R. & Stouthamer - Loeber, M. (1991). Pervasive and situational hyperactivity – Confounding effect of informant: A research note. *Journal of Child and Psychiatry*, 22, 367-376.
- Cunningham, C.E., Siegel, L.S. & Offord, D.R. (1985). A developmental dose response analysis of the effects of methylphenidate on the peer interactions of attention deficit disordered boys. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 955-971.
- Curatolo, P., Paloscia, C.D., Agat, E., Moavero, R., Pasini, A. (2008). The neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder. *European Journal of Paediatric Neurology*. Society, 1-6.
- Czerwenka, K., Bolvansky, R. & Kinze, W. (1995). *Hyperaktive Kinder*. Ein Elternbuch, Weinheim & Basel: Beltz Verlag.

- Danforth, J.S., Barkley, R.A. & Stokes, T.F. (1991). Observations of parent – child interactions with hyperactive children: Research and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 11, 703-727.
- Denkle, M. Bemparad, J. & Mackay, M. (1976). Tics following Methylphenidate administration: A report of twenty cases. *Journal of the American Medical Association*, 235, 1349-1351.
- Dooling-Liftin, J. (1997). Time perception in children with ADHD, *ADHD Report*, 5 (5), 13-16.
- Doplfner, M., Schurmann, S. & Froniich, J. (1998). *Therapie program fur kinder mit hyperkinetschem und oppositionellem Problemvevhatten Thop*. Weinheim: Beltz Verlag
- Douglas, V.I. & Parry, P.A. (1994). Effects of reward and non-reward on attention and frustration in attention deficit disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 281-302.
- Douglas, V.I. (1972). Stop, look and listen: The problem of sustained attention and impulse control in hyperactive and normal children. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 4, 259-282.
- Douglas, V.I. (1980a). Higher mental processes in hyperactive children: Implications for training. In R. Knights & D. Bakker (Eds.). *Treatment of Hyperactive and Learning Disordered Children* (pp. 65-92). Baltimore: University Park Press.
- Douglas, V.I. (1980b). Treatment and training approaches to hyperactivity: establishing internal or external control. In E. Whalen & B. Henker (Eds.). *Hyperactive children: the Social Ecology of Identification and Treatment* (pp. 283-318). New York: Academic Press.
- Douglas, V.I. (1983). Attention and cognitive problems. In M. Rutter (Ed.), *Developmental Neuropsychiatry* (pp. 280-329). New York: Guilford Press.
- Doyle, K.A., Mark, D. & Terjensen, Ph. D. (2004). *Rational-Emotive Behavior Therapy and Attention Deficit Hyperactivity Disorder*, 10, 281-309.

- DuPaul, G.J. & Eckert, T.L. (1997). The effect of school-based interventions for ADHD: A meta-analysis. *School Psychology Review*, 26, 5-27.
- DuPaul, G.J. & Stoner, G. (1994). *ADHD in the Schools: Assessment and Intervention Strategies*. New York: Guilford Press.
- DuPaul, G.J. (1991). Attention deficit - Hyperactivity Disorder: Classroom intervention strategies. *School Psychology International*, 12, 85-93.
- DuPaul, G.J. (1991). Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community – based sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 242-253.
- Dweck, C. & Leggett, E. (1988). A social cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review*, 95, 256-273.
- Dykman, R.A. (2006). Historical Aspects of Attention – Deficit Hyperactivity Disorder. *From Genes to Patients*, 1, 1-40.
- Ebaugh, F.G. (1923). Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalitis in children. *American Journal of Diseases of Children*, 25, 89-97.
- Eisenberger, R. & Cameron, J. (1996). Detrimental effects of reward: Reality or myth? *Journal of the American Psychological Association*, 51, 1153-1166.
- Eisert, M. & Eisert, H. (1988). Konzentrationsstörungen. *Deutsches Institut für Fernstudien an der Universität Tübingen*.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Lehman, B., Keenan, K., Norman, D., Seidman, L.J., Kolodny, R., Kraus, I., Perrin, J. & Chen, W. (1993). Evidence for the independent familial transmission of attention deficit hyperactivity disorder and learning disabilities: results from a family genetic study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 891-895.
- Faraone, S.V., Biederman, J., Mennin, D., Wozniak, J. & Spencer, T. (1997b). Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: A familial subtype? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 1378-1387.

- Feingold, B. (1975). *Why your Child is Hyperactive?* New York: Random House.
- Fergusson, M. & Horwood, L.J. (1992). Attention deficit and reading achievement, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 375-385.
- Fergusson, M., Horwood, J. & Lynskey, T. (1993). Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 1127-1134.
- Filipek, D. (1999). Neuroimaging in the developmental disorders: the state of science. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 113-128.
- Fischer, M., Barkley, R.A., Edelbrock, C.S. & Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, II: Academic, attentional and neuropsychological status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 550-588.
- Fischer, M., Barkley, R.A., Edelbrock, C.S. & Smallish, L. (1993). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, V: Predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 324-332.
- Flicek, M. (1992). Social status of boys with both Academic Problems and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20 (4), 353-366.
- Frank, Y., Lazar, W. & Seiden, A. (1992). Cognitive event-related potentials in learning – disabled children with or without attention deficit hyperactivity disorder. (Abstract). *Annals of Neurology*, 32, 478.
- Freinbergs, V. & Douglas, V.I. (1969). Concept learning in hyperactive and normal children. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 388.
- Frick, P.J., Kamphaus, R.W., Lahey, B.B., Loeber, R., Christ, M.A.G., Hart, E.L. & Tannenbaum, L.E. (1991). Academic underachievement and the disruptive behavior disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 289-294.

- Funk, J.B. & Ruppert, E.S. (1984). Language disorders and behavioral problems in preschool children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 5, 357-360.
- Fuster, J.M. (1989). *The Prefrontal Cortex*. New York: Raven.
- Gadow, K.D. & Sprafkin, J. (1997). *Child symptom inventory 4: Norm's Manual*. Stony book, NY: Checkmate Plus.
- Gilliam, J.E. (1995). *Attention deficit hyperactivity disorder Test U.S.A.: PRO-ED*.
- Gittelman, R. & Koplewicz, H.S. (1986). Pharmacotherapy of childhood anxiety disorders. In R. Gittelman (Ed.) *Anxiety Disorders of Childhood* (pp. 188-203). New York: Guilford Press.
- Goldstein, K. (1942). *After – Effects of Brain Injuries in War*. New York: Grune and Stratton.
- Goldstein, S. & Goldstein, M. (1998). *Managing Attention - Deficit Hyperactivity Disorder in Children* (2nd ed.). John Wiley & Sons, Inc.
- Goodman, L.S. & Gilman, A. (Eds.) (1975). *The Pharmacological Basis of Therapeutics* (5th Ed.). New York: Macmillan.
- Goodyear, P. & Hynd, G. (1992). Attention deficit disorder with (ADD/H) and without (ADD/WO) hyperactivity: Behavioral and Neuropsychological differentiation. *Journal of Clinical Child Psychology*, 21, 273-305.
- Gordon (1995). *How to operate an ADHD Clinic or Subspecialty Practice*. N.Y. G.S.I. Publications.
- Grattan, M. & Eslinger, J. (1991). Frontal lobe damage in children and adults: A comparative review. *Developmental Neuropsychology*, 7, 283-326.
- Green, R.W., Biederman, J., Faraone, S.V., Sienna, M. & Garcia – Jetton, J. (1997). Adolescent outcome of boys with attention deficit hyperactivity disorder and social disability: results from a 4 year longitudinal follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 758-767.
- Greene, R.W., Biederman, J., Faraone, S.V., Quellerie, C.A., Penn, C. & Griffin, S.M. (1996). Toward a new psychometric definition of social

- disability in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 571-578.
- Grodzinsky, G.M. & Diamond, R. (1992). Frontal lobe functioning in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 8, 427-445.
 - Hall, S.J., Halperin, J.M., Schwartz, S.T. & Newcorn, J.H. (1997). Behavioral and executive functions in children with attention deficit hyperactivity disorder and reading disability. *Journal of Attention Disorders*, 1, 235-247.
 - Hallowell, E. & Ratey, J. (1998). Zwanghaft zerstreut, ADD-DIE Unfähigkeit, aufmerksam zu sein. Reinbek.
 - Halperin, J.M., Gittelman, R., Klein, D.F. & Rudel, R.G. (1984). Reading – disabled hyperactive children: A distinct sub group of Attention Deficit Disorder with hyperactivity? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 1-14.
 - Hartough, C.S. & Lambert, N.M. (1985). Medical factors in hyperactive and normal children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55, 190-201.
 - Heilman, M., Voeller, S. & Nadeau, E. (1991). A possible pathophysiological substrate of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology*, 6, 74-79.
 - Hilgard (2004). Ψυχολογία της παθολογίας. *Εισαγωγή στην Ψυχολογία*. Τόμος β', 13^η Αμερικάνικη έκδοση, (Μετάφραση: Σολμαν, Μ.) (σελ: 420-430) Παπαζήση: Αθήνα.
 - Hinshaw, S.P. & Melnick, S.M. (1995). Peer relationships in boys with attention deficit hyperactivity disorder with and without comorbid aggression. *Development and Psychopathology*, 7, 627-647.
 - Hinshaw, S.P., Henker, S.P. & Whalen, C.K. (1984). Self-control in hyperactive boys in anger-inducing situations: Effects of cognitive-behavioral training and of methylphenidate. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 55-77.

- Hinshaw, S.P., Lahey, B.B. & Hart, E.L. (1993). Issues of taxonomy and comorbidity in the development of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 31-49.
- Holobrow, P.L. & Berry, D.S. (1986). Hyperactivity and learning difficulties. *Journal of Learning Disabilities*, 19, 426-431.
- Holowenko, H. (1999). Das Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom. Weinheim & Basel: Beltz Verlag.
- Humphries, T., Kinsbourne, M. & Swanson, J. (1978). Stimulant effects of cooperation and social interaction between hyperactive children and their mothers. *Journal of Psychiatry*, 19, 13-22.
- Hynd, G.W., Sermund-CliKeman, M., Lorys, A.R., Novey, E.S., Eliopoulos, D. & Lyytinen, H. (1990). Brain morphology in developmental dyslexia and attention deficit hyperactivity. *Archives of Neurology*, 47, 919-926.
- James, W. (1890). *The Principles of Psychology*. London: Dover.
- Jensen, P., Martin, D. & Cantwell, D. (1997). Comorbidity in ADHD. Implications for research, practice and DSM-V. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 36 (8), 1065-1079.
- Jensen, P.S., Shervette, R., Xenakis, S.N. & Richters, J. (1993). Anxiety and depressive disorders in attention disorder with hyperactivity. New findings. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1203-1209.
- Johansen, E.B., Aase, H., Meyer, A. & Sagrolden, T. (2002). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) behavior explained by dysfunctioning reinforcement and extinction processes. *Behavioral Brain Research*, 130, 37-45.
- Kahn, R.S., Knoury, J., William, C., Nichols, PHP & Bruce, P., LanPhear, MD, MPH (2003). Role of dopamine transporter genotype and maternal prenatal smoking in childhood hyperactive - impulsive, inattentive and oppositional behaviors. *The Journal of Pediatrics*, pp. 104-110.
- Kanbayashi, Y., Nakata, Y., Fujii, K., Kita, M. & Wada, K. (1994). ADHD-related behavior among non-referred children Parent's ratings of DSM-II-R Symptoms. *Child Psychiatry and Human Development*, 71, 17-24.

- Kazdin, A.E. (1989). Childhood depression. In E. J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), *Treatment of Childhood Disorders* (pp.135-166). New York: Guilford Press.
- Kessler, J.W. (1980). *History of Minimal Brain Dysfunctions: A Critical View* (pp.18-52). New York: Wiley.
- Klein, R.G. & Manuzza, S. (1991). Long-term outcome of hyperactive children: A review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 383-387.
- Kohn, A. (1989). *Suffer the Restless Children*. Atlantic Monthly, 90-100.
- Kraepelin, E. (1902). Die Arbeitskurve, Wundts Philos. Studien Bd. 19.
- Kraus, N., McGee, T.J., Carrell, T.D., Zecker, S.G., Nicol, T.G. & Koch, D.B. (1996). Auditory Neurophysiologic Responses and Discrimination Deficits in Children with Learning Problems. *Science*, 273, 971-973.
- Kuperman, S., Johnson, B., Arndt, S., Lindgren, S. & Wolraich, M. (1996). Quantitative EEG differences in a non clinical sample of children with ADHD and undifferentiated ADD. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1, 121-124.
- Lapouse, R. & Monk, M. (1958). An epidemiological study of behavior characteristics in children. *American Journal of Public Health*, 48, 1134-1144.
- Laufer, M., Denhoft, E. & Solomons, G. (1957). Hyperkinetic impulse disorder in children's behavior problems. *Psychosomatic Medicine*, 19, 38-49.
- Lawrence, V., Houghton, S., Douglas, G., Durkin, K., Whiting, K. & Tannock, R. (2004). Executive function and ADHD: A comparison of children's performance during neuropsychological testing and real-world activities. *Journal of Attention Disorders*, 7 (3), 137-149.
- Lee, M.S., Yang, J.W., Ko, Y.H., Han, C., Seung-Hyum, K., Lee, M.S., Sook-Haeng, J. & In-Kwa, J. (2007). Effects of methylphenidate and Bupropion on DHEA-S and cortisol plasma levels in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Psychiatry Hum Dev*, 39.201-209.

- Lerner, J.W. & Lerner, S.R. (1991). Attention deficit disorder: issues and questions. *Focus on Exceptional Children*, 24, 1-17.
- Levin, P.M. (1938). Restlessness in children. *Archives of Neurology and Psychiatry*, 39, 764-770.
- Levy, F., Hay, A., McStephen, M., Wood, C. & Waldman, I. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder: A category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 737-744.
- Lochman, J.E. & Wayland, K.K. (1994). Aggression, social acceptance and race as predictors of negative adolescent outcomes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1026-1035.
- Loney, J. & Milich, R. (1982). Hyperactivity, inattention and aggression in clinical practice. In D. Routh & M. Wolraich (Eds.). *Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics*, 3, 113-147. Greenwich, CT: JAI Press.
- Loney, J. (1983). Research diagnostic criteria for childhood hyperactivity. In S.B. Guze, F.J. Earls & J.E. Barrett (Eds.). *Childhood Psychopathology and Development* (pp. 109-137). New York: Raven.
- Lou, H.C., Henriksen, L. & Bruhn, P. (1984). Focal cerebral hypoperfusion in children with dysphasia and/or attention deficit disorder. *Archives of Neurology*, 41, 825-829.
- Luisada, P.V. (1969). REM Deprivation and Hyperactivity in Children. *Chicago Medical School Quarterly*, 28, 97-108.
- Luiselli, J.K. (1991). Assessment-derived treatment of children's disruptive behavior disorders. *Behavior Modification*, 18, 294-309.
- Mannuzza, S., & Klein, R. (1992). Predictors of outcome of children with attention deficit disorder. In G. Weiss (Ed.). *Child and adolescent psychiatric clinics of North America: Attention-deficit hyperactivity disorder* (pp.567-578). Philadelphia: Saunders.
- Mannuzza, S., Gittelman- Klein, R., Bessler, A., Malloy, D. & LaPadula, M. (1993). Adult outcome of hyperactive boys: educational achievement,

occupational rank and psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 50, 565-576.

- Mannuzza, S., Klein, R.E. & Moulton, J.L. (2008). Lifetime criminality among boys with attention deficit hyperactivity disorder: A prospective follow up study in to adulthood using official arrest records. *Psychiatry Research*, 160, 237-246.
- Mash, E.J. & Fernald, L.G. (1988). Behavioral assessment of childhood disturbances. In E.J. Mash & L.G. Fernald (Eds.). *Behavioral Assessment of Childhood Disorders*. (2nd ed., pp. 3-65). New York: Guilford Press.
- Mash, E.J. & Johnston, C. (1982). Sibling interactions of hyperactive and normal children and their relationship to reports of maternal stress and self-esteem. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 91-99.
- Mattes, A. (1980). The role of frontal lobe dysfunction in childhood hyperkinesis. *Comprehensive Psychiatry*, 21, 358-369.
- McCelland, J.M., Rubert, M.P., Reichler, R.J. & Sylvester, C.E. (1989). Attention deficit disorder in children at risk for anxiety and depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 534-539.
- McGee, R. & Share, D.L. (1988). Attention deficit disorder – hyperactivity and academic failure: Which comes first and what should be treated? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 318-327.
- McGee, R., Williams, S., Moffit, T. & Anderson, J. (1989). A comparison of 13-year old boys with attention deficit and/or reading disorder on neuropsychological measures. *Journal of Abnormal Child psychology*, 17, 37-53.
- Mierke, K. (1967). *Psycho hygiene im Schulalltag*. Bern.
- Mietzel, G. (1998). *Padagogische Psychologie des Lernens und Lehrens*. Gottingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag fur Psychologie.

- Milich, R. & Okazaki, M. (1991). An examination of learned helplessness among attention deficit hyperactivity disorder boys. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 19, 607-623.
- Moffitt, T.E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: Developmental trajectories from age 3 to 15. *Child Development*, 61, 893-910.
- Morgan, C.D. & Murray, H.A. (1935). A method for investigating fantasies: The Thematic Apperception Test: *Arsch. Neurol. Psychiatry*, 34.
- Munden, A. & Arcelus, J. (1999). *The ADHD Handbook. A Handbook for Parents and Professionals on Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. Jessica Kingsley Publishers: London and Philadelphia.
- Murphy, K. & Barkley, R.A. (1996). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 393-401.
- Nada-Raja, S., Langley, J.D., McGee, R., Williams, S.M., Begg, D.J. & Reeder, A.I. (1997). Inattentive and hyperactive behaviors and driving offenses in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 515-522.
- National advisory committee on Hyperkinesis and food additives. (1980). New York: Nutrition Foundation.
- Neuhaus, C. (1996). *Το Υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματα του*. (Μετάφραση: Γ. Μωραΐτου, Επιμ. Μ. Ζαφειροπούλου 3). Ελληνικά Γράμματα: Αθήνα.
- Nichamin, S.J. (1972). Recognizing Minimum Cerebral Dysfunction in the Infant and Toddler. *Clinical Pediatrics*, 11, 255-257.
- Nichols, P. (1980). Early antecedents of hyperactivity. *Neurology*, 30, 439.
- Ollendick, T.H. (1986). Behavior therapy with children and adolescents. In S.L. Garfield & A. Bergin, E. (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (3rd ed.), New York: Wiley, 565-624.
- Oram, J., Fine, J., Okamoto, C. & Tannock, R. (1999). Assessing the language of children with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Speech – Language Pathology*, 8, 72-80.

- Ossman, J.M. & Mulligan, N.W. (2003). Inhibition and Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults. *American Journal of Psychology*, 116 (1), 35-50.
- Palm, L., Persson, E., Elmqvist, D. & Blennow, G. (1992). Sleep and wake fullness in preadolescent children with deficits in attention, motor control and perception. *Acta Paediatrica*, 81, 618-624.
- Palmer, E.D. & Finger, S. (2001). An early description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr. Alexander Crichton and “mental restlessness” (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6, (2), 66-73.
- Pasamanick, B., Rogers, M. & Lilienfeld, A.M. (1956). Pregnancy experience and the development of behavior disorder in Children. *American Journal of Psychiatry*, 112, 613-617.
- Patterson, G.R., Reid, J. & Dishion, T. (1992). *Antisocial boys*: Eugene, OR: Castalia Press.
- Pauli, R. & Arnold, W. (1951). *Der Pauli – Test. Seine sachgemasse Durchführung und Anwendug*. Munchen: J.A. Barth Verlag.
- Pauls, D.L. (1991). Genetic factors in the expression of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychopharmacology*, 1, 353-360.
- Pauls, D.L., Hurst, C.R., Kruger, S.D., Leckman, J.F., Kidd, K.K. & Cohen, D.J. (1986). Gilles de la Tourette’s syndrome and attention deficit disorder with hyperactivity. Evidence against a genetic relationship. *Archives of General Psychiatry*, 43, 1177-1179.
- Peled, D., Carraso, R., Clobman, H. & YeHuda, S. (1997). Attention deficit disorder and hyperactivity – changes in hypothalamic function in hyperactive children: A new model. *Medical Hypotheses*, 48, 267-275.
- Pennington, B.F. (1991). *Diagnosing Learning disorders. A Neuropsychological Framework*. New York: Guilford Press.
- Pliszka, S.R. (1987). Tricyclic antidepressants in the treatments of children with attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, 26, 127-132.

- Plomin, R. (1995). Genetics and children's experiences in the family. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 33-68.
- Quinn, P. (1995). Neurobiology of Attention deficit disorder. In K.G. Nadeau (Ed.). *A comprehensive Guide to Attention Deficit Disorder in Adults: Research, Diagnosis, Treatment*. New York: Brunner/ Mazel, Inc.
- Rapport, M.D., DuPaul, G.J., Stoner, G. & Jones, J.T. (1986). Comparing classroom and clinic measures of attention deficit hyperactivity disorder: Differential, idiosyncratic and dose response effects of the methylphenidate. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 334-341.
- Rauchfleisch, U. (1994). Test psychologie. Gottingen & Zurich: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Reebye, P.N. (1997). Diagnosis and treatment of ADHD in preschoolers. *Paper presented at the annual meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, Toronto, Canada.
- Reid, R., Magg, J.W., Vasa, S.F. & Wright, G. (1994). Who are the children with attention deficit - hyperactivity disorder? A school – based survey. *The Journal of Special Education*, 28, 117-137.
- Reiser, H. (1976): Kohzentrationsstorungenin der Schule-Untersuchungen zu einem modischen Begriff. *Demokratische Erziehung*, 2, 29-41.
- Reuner, G. & Oberle, A. (2000). ADS und was sonst noch: Fitzner, T. & Stark, W.: ADS: Verstehen – akzeptieren – helfen. Weinheim & Basel: Beltz Verlag, 139-149.
- Reynolds, W.M. & Kamphaus, R.W. (1994). *Behavior Assessment System for Children (BASC)*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Riccio, C.A., Gonzalez, J.J. & Hynd, G.W. (1994). Attention-Deficit hyperactivity disorder (ADHD) and learning disabilities. *Social Emotional Development*, 17 (4), 311-322.
- Riccio, C.A., Hynd, G.W., Cohen, M.J., Hall, J. & Molt, L. (1994). Comorbidity of central auditory processing disorder and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (6), 849-858.

- Rohracher, H. (1963). *Einführung in die Psychologie*. Wien & Innsbruck: Verlag Urban & Schwarzenberg.
- Roizen, N.J., Blondis, T.A., Irwin, M. & Stein, M. (1994). Adaptive functioning in children with ant with attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 148, 1137-1142.
- Rosen, B.N. & Peterson, L. (1990). Gender differences in children's outdoor play injuries: A review and integration. *Clinical Psychology Review*, 10, 187-205.
- Rosenthal, R.H. & Allen, T.W. (1980). Intra- task distractibility in hyperkinetic and non-hyperkinetic children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 8, 175.
- Ross, D.M. & Ross, S.A. (1982). *Hyperactivity: Current issues, research and Theory*. New York: Wiley.
- Rutter, M. (1977). Brain damage syndromes in childhood: Concepts and findings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 18, 1-21.
- Rutter, M. (1997). Comorbidity: concepts, claims and choices. *Criminal Behavior and Mental Health*, 7, 265-285.
- Rutter, N. (1983). Introduction. Concepts of brain dysfunction syndromes. In M. Rutter (Ed.). *Developmental Neuropsychiatry* (pp. 1-14). New York: Guilford Press.
- Schachar, R.J., Rutter, M. & Smith, A. (1981). The characteristics of situationally and pervasively hyperactive children: Implications for syndrome definition. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 375-392.
- Schiefele, H. & Krapp, A. (1981). *Handlexikon zur Padagogischen Psychologie*. Munchen: Ethrenwirth.
- Schiefele, H. (1978). *Lernmotivation und Motivierner*. Munchen: Ethrenwirth.
- Schneider, J.W. & Hans, S.L. (1996). Effects of prenatal exposure to opiodis on focused attention in toddlers during free play. *Journal of Developmental Behavioral Pediatrics*, 17, 240-247.

- Schrag, P. & Divoky, D. (1975). *The Myth of the Hyperactive Child*. New York: Pantheon.
- Schunk, D. (1991). Self-efficacy and academic motivation. *Educational Psychologist*, 26, 207-232.
- Schwarzer, R. (1993): *Stress, Angst und Handlungsregulation*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Seidman, L.J., Biederman, J., Faraone, S.V., Weber, W. & Quелlette, C. (1997). Toward defining a Neuropsychology of attention deficit hyperactivity disorder: Performance of children and adolescence from a large clinically referred sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 150-160.
- Selikowitz, M. (1995). *All about A.D.D. Understanding Attention Deficit Disorder*. Oxford University Press.
- Sermund – Clikeman, M., Filipek, A., Biederman, J., Steigard, R., Kennedy, D., Renshaw, P. & Bekken, K. (1994). Attention deficit hyperactivity disorder. Magnetic resonance imagines morphometric analysis of the corpus calossum. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 33, 875-881.
- Shapiro, E. & Shapiro, A.K. (1989). Gilles de la Tourette's syndrome and tic disorder. *Harvard Medical School Mental Health Letter*, 5, 4-6.
- Shapiro, E.G., Hughes, S.J., August, G.J. & Bloomquist, M.L. (1993). Processing emotional information in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 9, 207-224.
- Sharp, S., Walter, M., Hamburger, D., Marsh, L., Rapoport, L. & Castellanos, X. (1997). Comparison between girls and boys with ADHD: A controlled study. *Paper presented at the annual meeting of the American Academy of child and Adolescent Psychiatry*, Toronto: Canada.
- Shaywitz, B.A. & Shaywitz, S.E. (1991). Comorbidity: A critical issue in attention deficit disorder. *Journal of Child Neurology*, 6, 113-122.
- Shaywitz, S.E. & Shaywitz, B.A. (1984). Diagnosis and management of attention deficit disorder: A pediatric perspective. *Pediatric Clinics of North America*, 31, 429-457.

- Shaywitz, S.E. & Shaywitz, B.A. (1988). Attention deficit disorder: Current perspectives. In J.F. Karanaugh & T.J. Truss (Eds.), *Learning Disabilities. Proceeding of the national conference* (pp.330-347). New York: Guilford Press.
- Sherman, K., Iacono, G. & McGue, K. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder dimensions: A Twin Study of Inattention and Impulsivity-Hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 745-753.
- Sieg, G., Gaffney, R., Preston, F. & Hellings, A. (1995). SPECT brain imaging abnormalities in attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Nuclear Medicine*, 20, 55-60.
- Silverman, W. & Ragusa, M. (1992). A short-term longitudinal study of the early development of self regulation. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 415-435.
- Smith, L. (1975). *Your child's Behavior Chemistry*. New York: Random House.
- Snow, R.E. Corno, L. & Jackson, I.D. (1996). Individual differences in affective and conative functions. Berliner, D.C. & Calfee, R.C. *Handbook of Educational Psychology*, New York: Macmillan.
- Sonuga-Barke, E.J., Taylor, E., Sembi, S. & Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion: I. The effective delay on choice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry in Allied Disciplines*, 33, 387-398.
- Speck, O. (1987). *System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung*. Munchen & Basel: Ernst Reinhardt Verlag.
- Stanovich, K.E. (1986). Mathew effects in reading. Some consequences of Individual in the Acquisition of Literacy. *Reading Research Quarterly*, 21, 360-406.
- Stevenson, J. (1994). Genetics of ADHD. *Paper presented at the annual meeting of the Professional Group for ADD and Related Disorders*, London.
- Stewart, M.A. (1970). Hyperactive children. *Scientific American*, 222, 94-98.

- Still, G.F. (1902). *Some Abnormal Psychological Conditions in Children*. Lancet, I, 1008-1012, 1077-1082, 1163-1168
- Stober, J. (1996). Besorgins und Besorgtheit: Untersuchungen Über Problemraum, *Deren Strukturierung und Elaboration*. Frankfurt/M: Lang.
- Stryker, S. (1925). Encephalitis lethargica – The behavior residuals. *Training School Bulletin*, 22, 152-157.
- Stuss, T. & Benson, F. (1986). *The frontal lobes*. New York: Raven.
- Sutterfield, J.H. & Dawson, M.E. (1971). Electrodermal Correlates of Hyperactivity in Children. *Psychophysiology*, 8, 191.
- Swanson, J.M., Flodman, P., Kennedy, J., Spence, M.A., Moyzis, R., Schuck, S., Murias, M., Moriarity, J., Barr, C., Smith, M., Posner, M. (2000). Dopamine genes and ADHD. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24 (1), 21-25.
- Swanson, J.M., McBurnett, K., Christian, D.L. & Wigal, T. (1995). Stimulant medications and the treatment of children with ADHD. In T.H. Ollendick & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in Clinical Child Psychology*. New York: Plenum Press, 17, 265-322.
- Szatmari, P. (1992). The epidemiology of attention deficit hyperactivity disorders. In G. Weiss (Ed.), *Child and Adolescent Psychiatry. Clinics of North America Attention Deficit Disorder* (pp. 361-372). Philadelphia: Saunders.
- Szatmari, P., Offord, D.R. & Boyle, M.H. (1989a). Ontario child health study: Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 219-230.
- Szatmari, P., Offord, R. & Boyle, H. (1989b). Correlates, associated impairments and patterns of service utilization of children with attention deficit disorders. Findings from the Ontario Child Health Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 205-217.
- Tannock, R. (2005). Language and mental health disorders: The case of ADHD: In W. Osterng (Ed.), *Convergence: Interdisciplinary Communications*. Oslo: Grafisk Senter Groset AS, 45-53.

- Taylor, E. (1979). Food additives, allergy and hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 20, 357-363.
- Taylor, E.A., Sandberg, S., Thorley, G. & Giles, S. (1991). *The Epidemiology of Childhood Hyperactivity*. New York: Oxford University Press.
- Testzentrale (2000/01). Testkatalog. Gottingen & Bern: Beltz Test Gesellschaft.
- Thalman, H-Chr. (1984). Verhaltensstörungen bei Kindern im Grundschulalter. Eine Untersuchung. Über die Verbreitung und die sozialen und emotionalen Hintergrund Faktoren. Stuttgart: Kett.
- Thapar, A. & Munoz-Solomando, A. (2008). Attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Syndromes*, 340-344.
- Thomas, A. & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Toplack, M.E. & Tannock, R. (2005). Time perception. Modality and duration effects in attention/deficit – hyperactivity disorder (ADHD). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33 (5), 639-654.
- Tredgold, A.F. (1908). *Mental deficiency* (amentia). New York: W. Wood.
- Turecki, S. (1989). The difficult child center. In W. B. Carey & S.C. McDevitt (Eds.), *Clinical and Educational Applications of Temperament Research* (pp. 141-153). Berwin, Pa: Swets North American.
- Ullmann, R.K., Sleator, E.K. & Sprague, R. (1984). A New Rating Scale for Diagnosis and Monitoring of ADD Children. *Psychopharmacology Bulletin*, 20, 160-164.
- Upadhyaya, H.P., Rose, K. & Wang, W. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder, medication treatment and substance use patterns among adolescents and young adults. *Child Adolescent Psychopharmacology*, 15 (5), 799-809.
- Wechsler, D. (1964). Die Messung der Intelligenz Erwachsener. Bern & Stuttgart: Verlag Hans Huber.

- Weiss, G. & Hechtman, L. (1979). The Hyperactive Child Syndrome. *Science*, 205, 1348-1354.
- Weiss, G. & Hechtman, L. (1986, 1993). *Hyperactive children grown up*. New York: Guilford Press.
- Weiss, R.E., MD, PhD, Steln, M.A., Trommer, B. & Refeloff, S. (1993). Attention – deficit hyperactivity disorder and thyroid function. *The Journal of Pediatrics*, 123 (4), 539-545.
- Wender, P. (1971). *Minimal brain dysfunction*. New York: Wiley.
- Wender, P.H., M.D. (2000). ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder in children, Adolescents and Adults. *The Hyperactive Child, Adolescent and Adult*. Oxford University Press.
- Werry, J. & Quay, H., (1971). The prevalence of behavior symptoms in younger elementary school children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41, 136-143.
- West, S.A., Strakowski, S.M., Sax, K.W., McElroy, S.L., Keck, P.E. & McConville, B.J. (1996). Phenomenology and comorbidity of adolescents hospitalized for the treatment of acute mania. *Biological Psychiatry*, 39, 458-460.
- Whalen, C.K. & Henker, B. (1980). *Hyperactive children: The Social Ecology of Identification and Treatment*. New York: Academic Press.
- Wigal, T., Swanson, J.M., Douglas, V.I., Wigal, S.B., Stoiber, C.M. & Fulbright, K.K. (1983). *Reinforcement effects on frustration and persistence in children with attention deficit hyperactivity disorder*. Manuscript submitted for publication.
- Willis, T.J. & Lovaas, I. (1977). A behavioral approach to treating hyperactive children: the parent's role. In J.B. Millichap (Ed.), *Learning Disabilities and Related Disorders* (pp. 119-140). Chicago: Yearbook Medical Publications.
- Wolff, P.H. (1969). The natural history of crying and other vocalizations in early infancy. In B. M. Foss (Ed.), *Determinants of Infant Behavior*, 4, London: Methuen.

- Wolraich, M., Hannah, N., Pinnock, Y., Baumgaertel, A. & Brown, J. (1996). Comparison of diagnostic criteria of attention deficit hyperactivity disorder in a country wide sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 319-324.
- Wolraich, M.L., Feurer, I., Hannah, J.N., Pinnock, T.Y. & Baumgaertel, A. (1998). Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a country – wide sample. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 19, 162-168.
- World Health Organization. (1978). *International classification of Diseases* (9th ed.). Geneva: Author.
- Wu, K.K., Anderson, V. & Castellio, U. (2006). ADHD and working memory: A task switching paradigm. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 28, 1288-1306.
- Yochman, A., Ornoy, A. & Parush, S. (2006). Co-occurrence of developmental delays among preschool children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48, 483-488.
- Zametkin, A.J., Nordahl, T.E., Gross, M., King, A.C., Semple, W.E., Rumsey, J., Hamburger, S. & Cohen, R.M. (1990). Cerebral glucose metabolism in adults with hyperactivity of childhood onset. New England. *Journal of Medicine*, 323, 1361-1366.
- Zelazo, P. & Stack, D. (1997). Attention and information processing in infants with Down syndrome. In J. Enns & J. Burack (Eds.), *Attention Development and Psychopathology*, New York: Guilford Press.
- Zentall, S.S. (1985). A context for hyperactivity. In K. Gadow & I. Bialer (Eds.). *Advances in Learning and Behavioral Disabilities*. Greenwich, CT: JAI Press, 4, 273-343.
- Zimbardo, Ph.G. (1995). *Psychologic*. Berlin & Heidelberg: Springer Verlag.