ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΚΡΗΤΗΣ
ΙΑΤΡΙΚΗ ΣΧΟΛΗ

Υπερκινητικό Σύνδρομο

Διάγνωση και μαθησιακή παρέμβαση σε ελληνικά σχολεία

Μαρία Σκουντή

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. *Γαλανάκης Εμμανουήλ, Επίκουρος Καθηγητής, Τομέας Μητέρας Παιδιού, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Κρήτης (Επιβλέπων)*
2. *Φιλαλήθης Αναστάσιος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης*
3. *Βάμβουκας Μιχαήλ, Καθηγητής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Πανεπιστήμιο Κρήτης*

ΕΠΤΑΜΕΛΗΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

1. *Γαλανάκης Εμμανουήλ*
2. *Φιλαλήθης Αναστάσιος*
3. *Βάμβουκας Μιχαήλ*
4. *Καλμαντή Μαρία, Καθηγήτρια, Τομέας Μητέρας Παιδιού, Πανεπιστήμιο Κρήτης*
5. *Κογεβίνας Εμμανουήλ, Καθηγητής, Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης*
6. *Παρίτσης Νικόλαος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τομέας Ψυχιατρικής, Πανεπιστήμιο Κρήτης*
7. *Σιδερίδης Γεώργιος, Αναπληρωτής Καθηγητής, Τμήμα Ψυχολογίας, Πανεπιστήμιο Κρήτης*

Στα παιδιά με υπερκινητκούς ορίζοντες..

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Λόγω της πολύπλοκης φύσης του θέματος τούτης της μελέτης, για το σχεδιασμό και την ολοκλήρωση της, χρειάστηκε η σύμπραξη πολλών ανθρώπων, τους οποίους ολόψυχα ευχαριστώ.

Πιο συγκεκριμένα θα ήθελα να ευχαριστήσω:

Τον κ. Γαλανάκη Μανόλη, Επίκουρο Καθηγητή Παιδιατρικής, που ήταν αδιαλείπτως κοντά μου σε όλη την πορεία τούτης της διατριβής.

Τον κ. Φιλαλήθη Αναστάσιο, Αναπληρωτή Καθηγητή του τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, για την επιστημονική καθοδήγηση που μου προσέφερε.

Τον κ. Βάμβουκα Μιχαήλ, Καθηγητή του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης, για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε αλλά και για τη βοήθεια και τις συμβουλές που μου προσέφερε.

Τον καθηγητή κ. Σήφη Μιχελογιάννη, ο οποίος υπήρξε ο εμπνευστής της παρούσας διατριβής και σημαντικός αρωγός στα πρώτα στάδια διεξαγωγής της έρευνας.

Την παιδοψυχίατρο κ. Κατερίνα Μπιτζαράκη καθώς χωρίς τη βοήθεια της, τούτη η μελέτη δεν θα είχε ποτέ ολοκληρωθεί.

Την κ. Ιωάννα Μοσχανδρέα, Επίκουρη Καθηγήτρια Στατιστικής του τομέα Κοινωνικής Ιατρικής, για την πολύτιμη βοήθεια της στην στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνας.

Όλα τα μέλη της επταμελούς επιτροπής για τη συμβολή τους στην ολοκλήρωση τούτης της μελέτης.

Τους γονείς και τα παιδιά που έλαβαν μέρος στην έρευνα.

Όλους τους εκπαιδευτικούς για την πολύτιμη συνεργασία τους στην έρευνα.

Τους γονείς μου, που πάντα με στήριζαν και με στηρίζουν σε τούτο το πολύχρονο ταξίδι..

Την αδελφή μου Βούλα, που μ'εσωσε από σίγουρα εγκεφαλικά, όταν τα αρχεία του υπολογιστή μου ναυαγούσαν σε ιογενή νησιά..

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

0.0 ΠΡΟΛΟΓΟΣ 7-8

0.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ 9

1.0 ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 10-33

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ-ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ 11-12

1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΕΠΥ 13-18

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΔΕΠΥ 19-25

1.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ-ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΔΕΠΥ 26-27

1.5 ΣΥΝΟΔΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ 27-28

1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ 28-29

1.7 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ 29-31

1.8 ΔΕΠΥ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ 32-33

1.9 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ 33

2.0 ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ 34-65

2.1 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ 35

2.2 ΜΕΘΟΔΟΙ 36-46

2.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ 46

2.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ 47-52

2.5 ΣΥΖΗΤΗΣΗ 53-61

2.6 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ 62-63

2.7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ 64-65

ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 66-82

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ 83-84

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (Α) ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ 85-102

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ 85-88

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟΥ 89-90

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ ΓΟΝΕΩΝ 91

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ- ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΓΟΝΕΩΝ 92-97

ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΟ ΣΧΕΔΙΑΓΡΑΜΜΑ ΕΞΕΤΑΣΗΣ ΠΑΙΔΙΟΥ 98

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ACHENBACH 99-102

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ (Β) ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ ΕΡΕΥΝΑΣ 103-115

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ 116-119

ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΣΤΗΝ ΑΓΓΛΙΚΗ 120-122

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΤΩΝ ΚΥΡΙΩΝ ΔΗΜΟΣΙΕΥΣΕΩΝ 123-136

0.0 ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η διαταραχή ελλειμματική προσοχής- υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), γνωστή και ως υπερκινητικό σύνδρομο, είναι η συνηθέστερη νευροσυμπεριφορική διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Τα τελευταία 20 χρόνια, με την έκδοση των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-III-R, DSM-IV και τη στάθμιση πολλαπλών κλιμάκων συμπεριφοράς, παρατηρείται διεθνώς ραγδαία αύξηση των ερευνητικών μελετών για τη ΔΕΠΥ. Η μελέτη της διαταραχής ωστόσο, δεν αποτελεί εύκολο εγχείρημα καθώς άπτεται πολλών επιστημονικών ειδικοτήτων, όπως της παιδιατρικής, της ψυχιατρικής, ψυχολογίας, της νευρολογίας, της επιδημιολογίας, της παιδαγωγικής και της στατιστικής και ως εκ τούτου συναντά πολλές μεθοδολογικές δυσκολίες. Για το λόγο αυτό και παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει σημειωθεί διεθνώς ως προς τη διερεύνηση της ΔΕΠΥ και την ύπαρξη σαφών διαγνωστικών κριτηρίων, η επιστημονική κοινότητα δεν έχει καταλήξει ακόμα σε ασφαλή συμπεράσματα ως προς την αιτιολογία, την επιδημιολογία, την πρόληψη, τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της διαταραχής.

Στην Ελλάδα, η ΔΕΠΥ δεν έτυχε αντίστοιχης διερεύνησης, γεγονός που αποδεικνύεται αφενός από την ανυπαρξία επιδημιολογικών και κλινικών μελετών αλλά και από την ύπαρξη μονάχα δυο σταθμισμένων κλιμάκων για τη διαταραχή, οι οποίες και εκδόθηκαν το χρονικό διάστημα 2003-2005.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί την πρώτη μεγάλη αναζήτηση της ΔΕΠΥ σε παιδικό πληθυσμό στην Ελλάδα. Στόχος της είναι να προσφέρει νέα γνώση στην ελληνική και διεθνή μελέτη του συνδρόμου, διερευνώντας αφενός τον επιπολασμό

της διαταραχής σε ένα αρκετά μεγάλο δείγμα παιδιών και αφετέρου τον παγκόσμιο επιπολασμό της ΔΕΠΥ, αλλά και εφαρμόζοντας- αξιολογώντας ένα διαγνωστικό σχήμα που αντανακλά τις τελευταίες κατευθύνσεις της έρευνας.

Η παρούσα μελέτη, δεδομένης της ελληνικής πραγματικότητας συνάντησε πολλές δυσκολίες, ωστόσο απέδειξε ότι οι πληθυσμιακές μελέτες για τη ΔΕΠΥ είναι και εφικτές και πολύτιμες, τόσο για τη σημαντική γνώση που προσφέρουν στην κατανόηση του επιπολασμού και των ομάδων υψηλού κινδύνου, όσο και γιατί συμβάλλουν στην έγκαιρη διάγνωση και καλή πρόγνωση της διαταραχής.

0.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα διδακτορική διατριβή χωρίζεται σε δυο κύρια μέρη, στο γενικό και το ειδικό μέρος. Το γενικό μέρος χωρίζεται σε εννέα υποενότητες, στις οποίες επιχειρείται μια γενική εισαγωγή στη Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας(ΔΕΠΥ). Πιο συγκεκριμένα, αναλύονται τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ, η παγκόσμια επιδημιολογία της, η αιτοπαθογένεια, η διάγνωση και η διαφορική διάγνωση της διαταραχής, ενώ στις τελευταίες υποενότητες παρουσιάζεται η ελληνική πραγματικότητα σε σχέση με τη ΔΕΠΥ και ο σκοπός της παρούσας διατριβής.

Στο ειδικό μέρος που χωρίζεται από 7 υποενότητες παρουσιάζονται αναλυτικά η μεθοδολογία της έρευνας, τα αποτελέσματα της και ο σχολιασμός αυτών συγκριτικά με τα ευρήματα άλλων ερευνών σε παγκόσμιο επίπεδο. Στην τελευταία υποενότητα παρατίθενται τα συμπεράσματα της παρούσας διδακτορικής διατριβής, ακολουθούμενα από την βιβλιογραφία και το παράρτημα της έρευνας.

1.0 ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ- ΣΥΝΤΟΜΗ ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Οι πρώτες λογοτεχνικές αναφορές στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ τοποθετούνται στην αρχαιότητα, στον Γαληνό, ο οποίος φέρεται να προτείνει όπιο για τα υπερενεργητικά παιδιά. (Κάκουρος και Μανιαδάκη 2000α). Ο Σαίξπηρ επίσης, κάνει αναφορά σε μια αρρώστια της προσοχής, στο έργο του *Βασιλιάς Ερρίκος ο Όγδοος* (Barkley et al 1996), ενώ μεταγενέστερα (1848) αναφορές της διαταραχής εντοπίζονται στο λογοτεχνικό βιβλίο του γιατρού Heinrich Hoffman, στο οποίο περιγράφει ένα υπερκινητικό παιδί «ο ανήσυχος Φίλιππος» και ένα παιδί με διάσπαση προσοχής « Ο Χάρης κοιτάζει στον αέρα» (Wolraich and Baumgaertel 1997, Συρίγου-Παπαβασιλείου 2001).

Η ΔΕΠΥ ωστόσο, περιγράφηκε για πρώτη φορά στην ιατρική βιβλιογραφία το 1902 από το γιατρό George Still. Στο πέρασμα του αιώνα, η διαταραχή άλλαξε διάφορα ονόματα, τα οποία αντικατόπτριζαν τις επιστημονικές αντιλήψεις ως προς τη φύση και την αιτιολογία της (Anastopoulos and Shaffer 2000, Barkley 1997, Harris 1995, Yitzchak 1996).

Πιο συγκεκριμένα, το *σύνδρομο της ελάχιστης εγκεφαλικής δυσλειτουργίας*, αποτελεί τον πιο διαδεδομένο όρο για την περιγραφή της ΔΕΠΥ μέχρι και την δεκαετία του 1970 , οπότε και τα κριτήρια των παιδικών ψυχιατρικών διαταραχών συμπεριλήφθηκαν στη Διεθνή Ταξινόμηση των Νόσων (International Classification of Diseases/ICD-8,1966) του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας, καθώς και στο Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των ψυχιατρικών διαταραχών (Diagnostic

and Statistical Manual of Mental Disorders/ DSM-II, 1968), της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας. Σε αυτά, η διαταραχή μετονομάζεται σε *υπερκινητική αντίδραση της παιδικής ηλικίας*. Ο όρος αυτός υποδήλωνε ότι η υπερκινητικότητα αποτελούσε το κύριο σύμπτωμα του συνδρόμου (Bayens et al 2006).

Στην τρίτη όμως έκδοση του DSM (DSM-III, APA 1980), η θεωρητική προσέγγιση της διαταραχής αλλάζει άρδην. Η «υπερκινητική αντίδραση της παιδικής ηλικίας» μετονομάζεται σε *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής* (με ή χωρίς υπερκινητικότητα), τα κύρια χαρακτηριστικά συμπτώματα της οποίας, είναι η διάσπαση της προσοχής, η παρορμητικότητα και η υπερκινητικότητα. Σε αντίθεση με την Αμερική, στην Ευρώπη εκδίδεται το ICD-9 (WHO 1978), όπου η υπερκινητικότητα εξακολουθεί να θεωρείται το βασικό σύμπτωμα της διαταραχής.

Στην αναθεωρημένη έκδοση του DSM-III (DSM-III-R, APA 1987) η υπερκινητικότητα συμπεριλήφθηκε στην ονομασία της διαταραχής κι έκτοτε ο όρος *Διαταραχή Ελλειμματικής προσοχή-υπερκινητικότητα* καθιερώθηκε στην ιατρική βιβλιογραφία. Ο όρος αυτός ωστόσο δεν υιοθετήθηκε στη δέκατη αναθεώρηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νόσων (ICD-10, WHO 1993), καθώς θεωρήθηκε καθαρά περιγραφικός και συμπεριφορικά προσανατολισμένος (Steinhausen 1992). Αντ' αυτού υιοθετήθηκε ο όρος «υπερκινητική διαταραχή» που χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα κυρίως στη Μεγάλη Βρετανία.

Με την έκδοση τέλος, του DSM-IV (APA 1994), η Διαταραχή Ελλειμματικής προσοχή-υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) εντάχθηκε στην κατηγορία των «Διαταραχών ελλειμματικής Προσοχής και Διασπαστικής συμπεριφοράς» καθώς και στην ευρύτερη κατηγορία των διαταραχών πρώιμης έναρξης.

1.2 ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΑ ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΔΕΠΥ

Τα κύρια χαρακτηριστικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με το DSM-IV, είναι η *υπερκινητικότητα* χωρίς σκοπό, η *παρορμητικότητα* και η *διάσπαση προσοχής*. Για να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ θα πρέπει 6 από τα 9 συμπτώματα Υπερκινητικότητας- Παρορμηρικότητας ή 6 από 9 συμπτώματα διάσπαση προσοχής να έχουν εμφανιστεί πριν το 7^{ο} έτος και να έχουν διάρκεια τουλάχιστον 6 μηνών, να μην αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού και να προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του σε δύο ή περισσότερα πλαίσια, όπως το σχολείο και το σπίτι. Στη διάγνωση ανάλογα με τον αριθμό των συμπτωμάτων που πληρούνται για κάθε ομάδα, έχουμε τρεις τύπους ΔΕΠΥ:

1. Διαταραχή ελλειμματικής Προσοχής με προεξέχοντα τον Υπερκινητικό – Παρορμητικό τύπο
2. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με προεξέχοντα τον Απρόσεκτο τύπο
3. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής συνδυασμένος τύπος

Στον Πίνακα (1) παρουσιάζονται αναλυτικά τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ σύμφωνα με το DSM-IV.

Αντίθετα με το DSM-IV, τα διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10 δεν παρουσιάζονται σε κατηγορίες, ούτε καθορίζεται ορισμένος αριθμός συμπτωμάτων που πρέπει να πληρούνται, προκειμένου να τεθεί η διάγνωση. Δίδεται ωστόσο, λεπτομερής περιγραφή των χαρακτηριστικών της συμπεριφοράς των παιδιών με υπερκινητικές διαταραχές και επιπλέον πληροφορίες για τα δευτερογενή χαρακτηριστικά τους όσο και για τη διαφορική διάγνωση της διαταραχής.

Σύμφωνα με το ICD-10 οι υπερκινητικές διαταραχές εντάσσονται στην ευρύτερη κατηγορία των «διαταραχών συμπεριφοράς και συναισθήματος» και ταξινομούνται σε τέσσερις τύπους:

1. Διαταραχή της δραστηριότητας και της προσοχής
2. Υπερκινητική διαταραχή της διαγωγής
3. Άλλες διαταραχές υπερκινητικού τύπου
4. Διαταραχή υπερκινητικού τύπου μη καθοριζόμενη αλλιώς.

Συνοπτικά, τα κύρια χαρακτηριστικά των υπερκινητικών διαταραχών είναι η ελλειμματική προσοχή, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα . Για να τεθεί η διάγνωση απαιτείται η παρουσία και των τριών χαρακτηριστικών του συνδρόμου πριν από την ηλικία των έξι, η επιμονή τους στο χρόνο και σε διαφορετικά περιβάλλοντα.

Η διάγνωση των υπερκινητικών διαταραχών προϋποθέτει τον αποκλεισμό της ύπαρξης ψυχιατρικών και συναισθηματικών διαταραχών, διαταραχών άγχους και άλλων διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών.

Τα συμπτώματα της διαταραχής διαγωγής δεν αποτελούν κριτήρια αποκλεισμού ούτε κριτήρια ένταξης στην κύρια διάγνωση, αλλά η παρουσία τους ή μη αποτελεί τη βάση για την κύρια υποδιαίρεση της διαταραχής. Οι μαθησιακές διαταραχές και η κινητική αδεξιότητα που συνυπάρχουν με τη διαταραχή, πρέπει να ταξινομούνται χωριστά.

Τέλος, η υπερκινητική διαταραχή δύναται σύμφωνα με το ICD-10 να διαγνωσθεί και στην ενήλικη ζωή. Οι προϋποθέσεις είναι ίδιες, αλλά η προσοχή

και η κινητικότητα οφείλουν να αξιολογούνται σύμφωνα με το συγκεκριμένο εξελικτικό επίπεδο.

Πίνακας 1. Διαγνωστικά κριτήρια ΔΕΠΥ σύμφωνα με το DSM-IV.

Α. Είτε το (1) είτε το (2):

(1) Έξι ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα διάσπασης της προσοχής είναι παρόντα για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό με το αναπτυξιακό επίπεδο:

- **ΔΙΑΣΠΑΣΗ ΠΡΟΣΟΧΗΣ**

1. Συχνά αποτυγχάνει να συγκεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας σε σχολικές εργασίες, τη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες
2. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή σε έργα ή δραστηριότητες παιχνιδιού.
3. Συχνά φαίνεται ότι δεν ακούει όταν του απευθύνεται ο λόγος
4. Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να διεκπεραιώσει σχολικές εργασίες ή άλλα καθήκοντα που του ανατίθενται στην τάξη ή στο σπίτι (χωρίς αυτό να οφείλεται σε εναντιωτική συμπεριφορά ή σε αποτυχία κατανόησης των οδηγιών).
5. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλείες και δραστηριότητες.
6. Συχνά αποφεύγει, αποστρέφεται ή δείχνει απροθυμία να εμπλακεί σε έργα που απαιτούν σταθερή και διαρκή πνευματική προσπάθεια
7. Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες
8. Συχνά διασπάται πολύ εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα
9. Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες

(2) Έξι ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας είναι παρόντα για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό με το αναπτυξιακό επίπεδο:

- **ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ**

1. Συχνά κινεί νευρικά τα χέρια και τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του.
2. Συχνά σηκώνεται από τη θέση του μέσα στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες επιβάλλεται να παραμείνει καθισμένο.
3. Συχνά τρέχει ή σκαρφαλώνει με τρόπο που δεν ταιριάζει σε χώρους ή

περιστάσεις.

4. Συχνά δυσκολεύεται να παίζει ή να συμμετέχει ήσυχα σε δραστηριότητες κατά τον ελεύθερο χρόνο του.
5. Συχνά βρίσκεται σε διαρκή κίνηση και ενεργεί σαν «κινούμενη μηχανή».
6. Συχνά μιλά πολύ και ακατάπαυτα

ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

7. Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση.
8. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του/της.
9. Συχνά διακόπτει ή παρεμβαίνει σε συζητήσεις-δράσεις άλλων.

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

Γ. Η έκπτωση εξαιτίας των συμπτωμάτων είναι παρούσα σε δυο ή περισσότερα πλαίσια, όπως το σχολείο 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 μια Διάχυτης Αναπτυξιακής Διαταραχής, Σχιζοφρένειας ή άλλης Ψυχωτικής Διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα από άλλη ψυχική διαταραχή (Διαταραχή της Διάθεσης, Αγχώδης Διαταραχή, Αποσυνδετική Διαταραχή ή Διαταραχή της Προσωπικότητας)

Η κωδικοποίηση της διαταραχής γίνεται με βάση τους παρακάτω τύπους:

(1) **Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητα με προεξέχοντα τον Απρόσεκτο τύπο:** όταν πληρείται το κριτήριο Α1, αλλά δεν πληρείται το κριτήριο Α2 τους τελευταίους 6 μήνες

(2) **Διαταραχή ελλειμματικής Προσοχής/υπερκινητικότητα με προεξέχοντα τον Υπερκινητικό – Παρορμητικό τύπο**: όταν πληρείται το κριτήριο Α2, αλλά δεν πληρείται το κριτήριο Α1 τους τελευταίους 6 μήνες

(3) **Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητα συνδυασμένος τύπος**: Όταν πληρούνται αμφότερα τα κριτήρια Α1 και Α2 τους τελευταίους 6 μήνες

Σημείωση Κωδικοποίησης: Σε άτομα (ιδιαίτερα σε εφήβους και ενήλικους) τα οποία επι του παρόντος παρουσιάζουν συμπτώματα που δεν πληρούν πια τα κριτήρια θα πρέπει να χρησιμοποιείται ο προσδιορισμός « σε μερική ύφεση».

ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΘΕΩΡΗΣΗ ΤΩΝ ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ ΚΡΙΤΗΡΙΩΝ ICD-10 ΚΑΙ DSM-IV

Τόσο τα διαγνωστικά κριτήρια του ICD-10 όσο και του DSM-IV προϋποθέτουν για τη διάγνωση της διαταραχής, την ύπαρξη συμπτωμάτων υπερκινητικότητας, παρορμητικότητας και διάσπασης της προσοχής, τα οποία δεν αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού, εμφανίζονται νωρίς στη ζωή του και προκαλούν σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του σε δύο ή περισσότερα πλαίσια, όπως το σχολείο και το σπίτι. Το ICD-10 ωστόσο είναι πιο περιοριστικό καθώς απαιτεί στη διάγνωση την παρουσία μεγαλύτερου αριθμού συμπτωμάτων και από τις τρεις βασικές κατηγορίες (υπερκινητικότητα, παρορμητικότητα και διάσπαση προσοχής). Στο DSM-IV αντιθέτως, αναγνωρίζονται τρεις τύποι της διαταραχής, ανάλογα με τον αριθμό των συμπτωμάτων που πληρούνται για κάθε κατηγορία. Η διάγνωση, δηλαδή, της υπερκινητικής διαταραχής συγκλίνει με τη διάγνωση ΔΕΠΥ-συνδυασμένος τύπος του DSM-IV (Biederman and Faraone 2005, Skounti et al 2006, Swanson et al 1998).

Το ICD-10 επιπλέον περιέχει ειδική πρόβλεψη για μια κατηγορία συνδυαστικής διάγνωσης, στην περίπτωση που διαπιστώνεται η ύπαρξη της διαταραχής διαγωγής. Αντιθέτως, το DSM-IV δεν κάνει ιδιαίτερη πρόβλεψη για τη διαταραχή διαγωγής.

Τέλος, το ICD-10 στοχεύει σε μια μόνο διάγνωση και απαγορεύει την διάγνωση της υπερκινητικής διαταραχής όταν συνυπάρχουν συναισθηματικές διαταραχές. Το DSM-IV δεν είναι περιοριστικό ως προς αυτό, αλλά τις αναγνωρίζει ως συνυπάρχουσες διαταραχές της ΔΕΠΥ.

Εν κατακλείδι, τα τελευταία χρόνια υπάρχει διεθνώς η τάση να χρησιμοποιούνται στις μελέτες τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV από την πλειονότητα των ερευνητών της ΔΕΠΥ. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα, η συγκριτική μελέτη της διαταραχής να καθίσταται εφικτή σε παγκόσμιο επίπεδο. Δεν συμβαίνει ωστόσο το ίδιο και για τα κριτήρια του ICD-10, τα οποία χρησιμοποιούνται μονάχα σε λίγες χώρες της Ευρώπης και κυρίως στην Αγγλία. (Faraone et al 2003).

1.3 ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠΥ

Η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠΥ κυμαίνεται παγκοσμίως από 2,2%-17,8% (Πίνακας 2) αν και οι περισσότερες μελέτες συγκλίνουν σε ένα ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής από 4-9% (Scahill and Swab-Stone 2000, Skounti et al 2006). Οι παράγοντες που επηρεάζουν τον επιπολασμό της ΔΕΠΥ είναι το φύλο και η ηλικία του πληθυσμού της έρευνας, η συμφωνία ανάμεσα στις εκτιμήσεις εκπαιδευτικών και γονέων, το πλαίσιο άντλησης πληροφοριών (σχολικό ή οικογενειακό), τα διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται και ο υπολογισμός της κλινικής έκπτωσης στη διάγνωση της διαταραχής.

Πιο συγκεκριμένα, ένα καθολικό εύρημα των επιδημιολογικών μελετών είναι ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠΥ είναι μεγαλύτερη στ' αγόρια απ' ότι στα κορίτσια (αναλογία 1:1 έως 3:1) (Skounti et al 2006). Μάλιστα σε κλινικά δείγματα η συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής είναι κατά μέσο όρο 6 με 9 φορές μεγαλύτερη στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια (Barkley 1998, Elia et al 1999).

Η επίδραση της ηλικίας των υποκειμένων του δείγματος στον επιπολασμό της ΔΕΠΥ υποστηρίζεται από τα ευρήματα πολλών μελετών (Skounti et al 2006). Η διαταραχή φαίνεται να είναι πιο συχνή στα παιδιά μικρότερης ηλικίας απ' ό,τι στους έφηβους. Η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠΥ παρουσιάζει δραματική μείωση στην εφηβεία. Σύμφωνα μάλιστα με τους Hill και Schoener (1996) ο επιπολασμός της διαταραχής μειώνεται περί τα 50% κάθε πέντε χρόνια. Η μείωση αυτή πιθανότατα να οφείλεται στην υποχώρηση των συμπτωμάτων της υπερινητικότητας-παρορμητικότητας στην προ-εφηβική και εφηβική ηλικία (Barkley et al 1990,

Biederman 2000, Hart el al 1995, Hill and Schoener 1996, Manuzza et al 1991, Skounti et al 2006) ή σε ατελή διάγνωση, λόγω των συνοδών προβλημάτων, τα οποία αυξάνονται σε μεγάλο βαθμό στην ηλικία αυτή (Biederman 1998).

Ένας επιπλέον παράγοντας που επηρεάζει το επιπολασμό της ΔΕΠΥ είναι το πλαίσιο διεξαγωγής των ερευνών. Πιο συγκεκριμένα, όπως φαίνεται από τον Πίνακα 2, οι περισσότερες μελέτες εστιάζονται σε ένα πλαίσιο διεξαγωγής (σχολικό ή οικογενειακό) και τούτο φαίνεται να επιδρά στην αύξηση του επιπολασμού της ΔΕΠΥ (Scahill and Swab-Stone 2000, Skounti et al 2006).

Οι βασικές διαφορές των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-III-R και DSM-IV επηρεάζουν τον επιπολασμό της διαταραχής. Μάλιστα οι μελέτες που χρησιμοποιούν τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV δίδουν μεγαλύτερα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής. Τούτο πρέπει να οφείλεται στην κωδικοποίηση-κατηγοριοποίηση της ΔΕΠΥ σε τρεις τύπους που επιχειρείται για πρώτη φορά στο DSM-IV.

Ο επιπολασμός των τύπων της ΔΕΠΥ παρουσιάζεται στον Πίνακα 3. Όπως φαίνεται από τον πίνακα η πλειονότητα των μελετών συγκλίνει στο ότι ο απρόσεκτος τύπος της ΔΕΠΥ είναι ο πιο συχνά διαγνωσκόμενος, σε παιδιά ηλικίας άνω των δέκα ετών, ακολουθούμενος από τον συνδυασμένο και τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο. Για τα μικρότερα παιδιά ωστόσο, ο πιο συχνά διαγνωσκόμενος τύπος είναι ο συνδυασμένος ακολουθούμενος από τον υπερκινητικο-παρορμητικό (Anastopoulos and Shelton 2001)

Εν κατακλείδι, ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ μπορεί να εξαρτάται άμεσα από την κουλτούρα κάθε χώρας, καθώς μια συμπεριφορά που θεωρείται παθολογική σε μια κουλτούρα, σε κάποια άλλη ενδέχεται να εντάσσεται στα πλαίσια του φυσιολογικού φάσματος (Mann et al 1992, Skounti et al 2006).

Πολλές έρευνας διεθνώς έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα ότι η εθνικότητα των μαθητών επηρεάζει τη βαθμολόγηση των ερωτηματολογίων από τους δασκάλους (Reid et al 1999, Skounti et al 2006). Σε έρευνα τους μάλιστα ο Epstain και οι συνάδελφοι του απέδειξαν ότι οι εκπαιδευτικοί στην Αμερική είχαν την τάση α βαθμολογούν υψηλότερα σε κλίμακες συμπεριφοράς της ΔΕΠΥ, τα αφροαμερικανικής καταγωγής παιδιά.

Τέλος ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει τον επιπολασμό της ΔΕΠΥ είναι τα διαγνωστικά κριτήρια που ακολουθούνται στις μελέτες. Σε μελέτη τους ο Swanson και οι συνάδελφοί του, καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι ο επιπολασμός της διαταραχής κυμαίνεται από 5%-10% σύμφωνα με τ' αμερικανικά διαγνωστικά κριτήρια και στο 1-2%, σύμφωνα με την ευρωπαϊκή παράδοση, που είναι πιο αυστηρή και περιοριστική στη διάγνωση του συνδρόμου (Skounti et al 2006).

Πίνακας 2. Ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ παγκοσμίως (παράθεση μελετών κατά χρονολογική σειρά και πλαισίου διεξαγωγής)

Χώρα, έτος	Πληθυ-σμός	Ηλικία σε έτη	Πηγή πληρο-φόρησης	Διαγνωστικά εργαλεία	Διαγνωστικά κριτήρια	Επιπολα-σμός (%)	Πηγή
2 πλαίσια διεξαγωγής							
Σουηδία, 1996	589	6	Γονείς κι εκπ/κοι	Κλίμακα DSM-II-R	DSM-III-R	4,0	Landgren et al
Ολλανδία, 1997	853	13-18	Γονείς, έφηβοι και εκπ/κοι	CBCL, TRF, YSR, DISC, CGAS	DSM-III-R	2,6	Verhulst et al
Αγγλία, 1999	10.438	11-15	Γονείς, παιδιά και εκπ/κοι	Συνέντευξη	DSM-IV	2,2	Ford et al
Αυστραλία, 1999	1.275	5-11	Γονείς και εκπ/κοι	Κλίμακα DSM-IV scale, κλίμακα Conner	DSM-IV	2,4	Gomez et al
Καναδάς, 1999	2.400	6-14	Γονείς, παιδιά και εκπ/κοι	DISC	DSM-III-R	3,3 έως 8,9	Breton et al
Ισλανδία, 1999	429	6-8	Γονείς και εκπ/κοι	Κλίμακα ΔΕΠΥ	DSM-IV	6,7 έως 5,8	Magnusson et al
Σουηδία, 2001	429	7	Γονείς, παιδιά και εκπ/κοι	DSM-III-R Κλίμακα , κλινική συνέντευξη	DSM-III-R	3,7	Kadesjo and Gillberg
ΗΠΑ, 2001	362	7-11	Γονείς και εκπ/κοι	DSM-IV Κλίμακα	DSM-IV	16,1	Rowland et al
Κολομβία, 2003	330	4-17	Γονείς και εκπ/κοι	Κλιμακα DSM-IV, συνέντευξη	DSM-IV	11,3	Pineda et al
Ελλάδα, 2005	1.708	7	Γονείς και εκπ/κοι	Κλιμακα ΔΕΠΥ-Gilliam, κλίμακα DSM-IV	DSM-IV	6,5	Skounti et al
Ένα πλαίσιο διεξαγωγής							
Ισραήλ, 1992	562	16-17	Έφηβοι	DSM-III-R, interview	DSM-III-R	3,9	Zohar et al
ΗΠΑ,1992	931	5-14	Εκπ/κοι	Ερωτηματολόγια προβληματικής συμπεριφοράς	DSM-III-R	7,1	Pehlam et al
ΗΠΑ, 1992	541	10-20	Γονείς και παιδιά	DISC	DSM-III-R	6,0 έως 12,8	Cohen et al

Ιταλία, 1993	232	8-10	Εκπ/κοι	Κλίμακα DSM-III-R	DSM-III-R	3,9	Gallucci et al
Ταϊβάν, 1993	4.290	7-12	Εκπ/κοι	Conner's Κλίμακα	DSM-III-R	9,9	Wang et al
Ν. Ζηλανδία, 1993	961	15	Γονείς και έφηβοι	Κλίμακα DSM-III-R	DSM-III-R	2,8 έως 3,0	Fergusson et al
Ισπανία, 1994	1.127	8, 11, 15	Γονείς και παιδιά	CBCL K-SADS, GAF Κλίμακα	DSM-III-R	14,4, 5,3, 3,0	Gomez-Beneyto et al
Ιαπωνία, 1994	119	8	Γονείς και παιδιά	CAS	DSM-III-R	10,5	Sugawara et al
Ιαπωνία, 1994	1.022	4-12	Γονείς	Κλίμακα Conner	DSM-III-R	7,7	Kanbayashi et al
ΗΠΑ, 1995	1.285	9-17	Γονείς και παιδιά	DISC, CGAS	DSM-III-R	5,1 έως 6,5	Shaffer et al
ΗΠΑ, 1995	294	6-17	Γονείς και παιδιά	DISC, CBCL	DSM-III-R	15,1	Jensen et al
Γερμανία, 1995	1.077	5-12	Εκπ/κοι	Κλίμακα DSM-III-R Κλίμακα DSM-IV	DSM-III-R. DSM-IV	10,9 17,8	Baumgaertel et al
ΗΠΑ, 1996	8.258	5-12	Εκπ/κοι	Κλίμακα DSM-III-R Κλίμακα DSM-IV	DSM-III-R, DSM-IV	7,3, 11,4	Wolraich et al
ΗΠΑ, 1996	1.420	9-13	Γονείς και παιδιά	CAPA	DSM-III-R	4,1	Costello et al
ΗΠΑ, 1997	2762	8-16	Γονείς και παιδιά	CAPA	DSM-III-R	2,4	Simonoff et al
ΗΠΑ, 1997	2.744	K - 5 Grade	Εκπ/κοι	TRF	DSM-IV	8,0	Gaub and Carlson
ΗΠΑ, 1998	1.269	13.5-19.5	Γονείς	Interview	DSM-IV	9,9	Hudziak et al
ΗΠΑ, 1998	4.323	5-12	Εκπ/κοι	Κλίμακα DSM-IV με μέτρηση κλινικής έκπτωσης	DSM-IV	6,8 έως 16,1	Wolraich et al
Ισπανία, 1999	387	10	Γονείς και παιδιά	Συνέντευξη, κλινική εκτίμηση	DSM-III-R	8,0	Andres et al
Βραζιλία, 1999	1.013	12-14	Γονείς και παιδιά	DSM-IV Κλίμακα , κλινική εκτίμηση	DSM-IV	5,8	Rohde et al
Φιλανδία, 1999	435	8-9	Γονείς	Συνέντευξη	DSM-III-R	7,1	Almqvist et al
ΗΠΑ, 2000	253	2-6	Γονείς	Κλίμακα DSM-IV	DSM-IV	9,5	Gimpel and Kuhn
ΗΠΑ, 2001	3.006	3-18	Εκπ/κοι	ECI-4, CSI-4, ASI-4	DSM-IV	15,8	Nolan et al

Αυστραλία, 2001	3.597	6-17	Γονείς	DISC	DSM-IV	6,8 έως 7,5	Graetz et al
Καναδάς, 2001	1.201	14-17	Γονείς και έφηβοι	DISC	DSM-III-R	3,9	Romano et al
Βενεζουέλα, 2002	1.141	4-12	Εκπ/κοι	Κλίμακα Conner	DSM-IV	7,19	Montiel-Nava et al
Ταϊλάνδη; 2002	433	7-12	Γονείς	Κλίμακα Conner, συνέντευξη	DSM-IV	6,5	Benjasuwantep et al
Πόρτο Ρίκο, 2004	1.886	4-17	Γονείς	DISC, SGAS, SACA	DSM-IV	8,0	Canino et al
Τουρκία, 2004	1.425	6-15	Γονείς ή Εκπ/κοι	Κλίμακα DSM-IV	DSM-IV	8,1	Ersan et al
ΗΠΑ, 2005	10.367	4-17	Γονείς	SDQ	DSM-IV	6,0	Cuffe et al
Κατάρ, 2006	2.000	6-12	Εκπ/κοι	Κλίμακα Conner	DSM-IV	9,4	Bener et al

ADHDT: Attention Deficit Hyperactivity Disorder Test; ASI-4: Adolescent Symptom Inventory-4; CAPA: Child and Adolescent Psychiatric Assessment; CAS: Child Assessment Scale; CBCL: Child Behaviour Checklist; CGAS: Children Global Assessment Scale; CSI-4: Child Symptom Inventory-4; DISC: Diagnostic Interview Schedule for Children; ECI-4: Early Childhood Inventory-4; GAF: Global Assessment Functioning; SACA: Service Assessment for Children and Adolescents; SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire; TRF: Teacher's Report Form; YSR: Youth Self Report.

Πίνακας 3. Ο επιπολασμός των τύπων της ΔΕΠΥ (Παράθεση 11 μελετών, από το 1995-2004)

Μελέτη	**ΔΕΠΥ- Α (%)**	**ΔΕΠΥ-ΥΠ (%)**	**ADHD-Σ (%)**	**ΔΕΠΥ (%)**
Baumgaertel et al. 1995	9,0	3,9	4,8	17,8
Wolraich et al. 1996	5,4	2,4	3,6	11,4
Gaub and Carlson 1997	4,5	1,7	1,9	8,0
Wolraich et al. 1998	8,8	2,6	4,7	16,1
Hudziak et al 1998	4,0	2,2	3,7	9,9
Gomez et al. 1999	1,6	0,2	0,6	2,4
Greatz et al 2001	3,7	1,9	1,9	7,5
Nolan et al. 2001	9,9	2,4	3,6	15,8
Montiel-Nava 2002	1,14	0,35	5,7	7,19
Pineda et al. 2003	4,8	0,3	6,4	11,5
Ersan et al. 2004	2,6	3,3	2,2	8,1

ΔΕΠΥ: Διαταραχή ελλειμματικής Προσοχής-υπερκινητικότητα, ΔΕΠΥ-Α: Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητα με προεξέχοντα τον Απρόσεκτο τύπο, ΔΕΠΥ-ΥΠ: Διαταραχή ελλειμματικής Προσοχής/ υπερκινητικότητα με προεξέχοντα τον Υπερκινητικό – Παρορμητικό τύπο, ΔΕΠΥ-Σ: Διαταραχή ελλειμματικής Προσοχής/υπερκινητικότητα, Συνδυασμένος τύπος.

1.4 ΑΙΤΙΟΛΟΓΙΑ ΚΑΙ ΠΑΘΟΓΕΝΕΙΑ ΤΗΣ ΔΕΠΥ

Η ΔΕΠ-Υ δεν αποτελεί νόσο του κινητικού συστήματος, δεν σχετίζεται με την υπερκινητικότητα των ψυχιατρικών διαταραχών και τη νοητική υστέρηση (Steinhausen 1992). Η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ είναι πολυπαραγοντική. Οι αιτιολογικοί της παράγοντες ωστόσο δεν έχουν επαρκώς διευκρινιστεί και τούτο γιατί η διερεύνηση τους συναντά πολλές μεθοδολογικές δυσκολίες (Anastopoulos and Shaffer 2000, Goldman et al 1998, Κάκουρος και Μανιαδάκη 2000α).

Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να οφείλεται σε νευροβιολογικές βλάβες, ανωμαλίες στην ανάπτυξη του εγκεφάλου κυρίως στις προμετωπιαίες περιοχές, που ελέγχουν τις παρορμήσεις και τις σύνθετες σκέψεις που ανατρέχουν στα περιεχόμενα της μνήμης πριν την εκτέλεση κάποιας ενέργειας (Neuhaus 1999).

Πολλοί ερευνητές αποδίδουν την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ στη μειωμένη εγκεφαλική αιματική ροή στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου, που σχετίζονται με τις ανώτερες πνευματικές λειτουργίες, όπως η προσοχή και η μνήμη (Anastopoulos and Shaffer 2000, Harris 1995, Sieg et al 1995, Zametkin and Ernst 1999).

Ο σύγχρονος προβληματισμός ωστόσο επικεντρώνεται σε νευροχημικές διαταραχές. Έρευνες έχουν δείξει πως οι νευροδιαβιβαστές, ντοπαμίνη και νοραδρεναλίνη εμπλέκονται στην εμφάνιση του συνδρόμου καθώς δρουν ανασταλτικά στην παραγωγή και τη ρύθμιση άλλων νευροδιαβιβαστικών συστημάτων στον εγκέφαλο και στη λειτουργία και ωρίμανση συγκεκριμένων περιοχών του πρόσθιου εγκεφάλου (Biederman 2005, Harris 1995, Quin 1995, Tannock 1998).

Ερευνητικά δεδομένα μάλιστα ισχυροποιούν την εμπλοκή της ντοπαμίνης στην παθογένεση της ΔΕΠΥ, ενοχοποιώντας το γονίδιο DRD4=D4 receptor gene, το οποίο σχετίζεται με την ντοπαμίνη (Faraone et al 2001).

Πολλές γενετικές μελέτες επικεντρώνονται στην ανάλυση του DNA των παιδιών με ΔΕΠΥ και των βιολογικών συγγενών τους, ωστόσο δεν έχουν καταλήξει σε ασφαλή συμπεράσματα (Cook et al 1995). Κάποιες έρευνες έχουν διαπιστώσει ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού των παιδιών με ΔΕΠΥ, παρουσιάζουν την ίδια διαταραχή σε ποσοστό 10-35% (Biederman 1990, Pauls et al 1991). Μάλιστα φαίνεται πως στην περίπτωση που ο ένας γονέας παρουσιάζει ΔΕΠΥ, η πιθανότητα και το παιδί να παρουσιάσει την ίδια διαταραχή ανέρχεται στο 57% (Biederman et al 1995).

Εν κατακλείδι, η ΔΕΠ-Υ ίσως οφείλεται σε περιγεννητικές επιπλοκές (Sprich-Buckminster et al 1993), σε κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, σε ψυχοκοινωνικούς, ψυχολογικούς, περιβαλλοντικούς παράγοντες, σε πρώιμες συναισθηματικές στερήσεις και στη γονεϊκή ανεπάρκεια (Λαζαράτου & Αναγνωστόπουλος 2000).

1.5 ΣΥΝΟΔΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΔΕΠΥ

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν φυσιολογική νοημοσύνη και ικανότητες που τα καθιστούν εκπαιδεύσιμα. Παρόλο όμως το φυσιολογικό τους νοητικό δυναμικό, παρουσιάζουν μειωμένες σχολικές επιδόσεις, προβλήματα προσαρμογής, χαμηλή αυτοεκτίμηση, διαταραγμένες διαπροσωπικές σχέσεις και άλλα, που φαίνονται να σχετίζονται με τα τρία βασικά χαρακτηριστικά του συνδρόμου, ενώ συν τοις άλλοις ένα μεγάλο ποσοστό αυτών εμφανίζουν κατά τη φοίτηση τους στο σχολείο και μαθησιακές δυσκολίες

κυρίως στην ανάγνωση, γραφή, ορθογραφία και στα μαθηματικά (Anastopoulos and Shelton 2001, Barkley1998, Cantwell D, Eisert 1992, Klassen et al 2006, Marshal et al 1999, Parker1992, Sermud-Clikeman 1992, Μανιαδάκη 2001). Αν ληφθεί υπόψη μάλιστα ότι στις ΗΠΑ το 50% των παιδιών με ΔΕΠΥ μένουν στην ίδια τάξη ως έφηβοι, το 35% εγκαταλείπουν το σχολείο και ότι μόλις το 5% εισάγεται στο πανεπιστήμιο, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η εκπαίδευση και ο σχεδιασμός θεραπευτικού προγράμματος για τα παιδιά αυτά δεν είναι εύκολο εγχείρημα (USA Department of education 1994).

1.6 ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Παρόλο που υπάρχουν σχετικά σαφείς οδηγίες και διαγνωστικά κριτήρια για τη ΔΕΠΥ, η διάγνωσή της παραμένει ένα πολύ δύσκολο εγχείρημα για τον κλινικό. Η ύπαρξη ποικίλων διαγνωστικών προσεγγίσεων και εργαλείων στην επιστημονική βιβλιογραφία δημιουργεί περισσότερη σύγχυση ως προς την επιλογή της ορθότερης διαγνωστικής μεθόδου (Anastopoulos and Shaffer 2000).

Μάλιστα, λόγω της ετερογένειας των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, η διάγνωση της διαταραχής δεν μπορεί να στηρίζεται αποκλειστικά στη χρήση των διαγνωστικών κριτηρίων του DSM-IV, ούτε στην συγκέντρωση ενός συνόλου βαθμών σε κάποια κλίμακα συμπεριφοράς (Barkley 1998, Zametkin and Ernst 1999).

Η διάγνωση της ΔΕΠΥ προϋποθέτει τη χρήση πολλαπλών διαγνωστικών μεθόδων, όπως των συνεντεύξεων με γονείς και εκπαιδευτικούς, της κλινικής παρατήρησης και εξέτασης του παιδιού από ειδικό, των ψυχομετρικών δοκιμασιών

και των κλιμάκων αξιολόγησης της συμπεριφοράς και της λειτουργικότητας του παιδιού (Barkley 1998, Dulcan and Benson 1997, Goldman et al 1998, Greenhill 1998, Wolraich and Baumgaertel 1997, Κάκουρος και Μανιαδάκη 2000α, Κάκουρος και Μανιαδάκη 2001)

1.7 ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η ΔΕΠ-Υ δεν παρουσιάζεται συνήθως ως μεμονωμένη διαταραχή, αλλά συνυπάρχουν σε αυτή κι άλλες διαταραχές που πρέπει να διαφοροδιαγνωσθούν, προτού τεθεί η διάγνωση (Quin 1997, AAP 2000). Μάλιστα η ΔΕΠΥ παρουσιάζει τα μεγαλύτερα ποσοστά συννοσηρότητας με άλλες διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Το ποσοστό αυτό κυμαίνεται, σύμφωνα με τη μελέτη του Biederman (1991), από 50-80%. Πολλά μάλιστα συμπτώματα που συμπεριλαμβάνονται στα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ, συμπίπτουν με εκείνα των συνυπάρχουσων διαταραχών και αποτελούν τροχοπέδη στην διαγνωστική διαδικασία (Johnson1994, Morrison 1996).

Πιο συγκεκριμένα υψηλότερα ποσοστά συννοσηρότητας με τη ΔΕΠ-Υ φαίνεται να παρουσιάζουν οι διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς, δηλαδή η διαταραχή διαγωγής και η εναντιωτική προκλητική διαταραχή. Η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠΥ με την εναντιωτική προκλητική διαταραχή και της διαταραχής διαγωγής γίνεται με βάση την ηλικία της πρώτης εμφάνισης των συμπτωμάτων, καθώς τα συμπτώματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ εμφανίζονται συνήθως νωρίτερα στην ανάπτυξη του παιδιού και την ύπαρξη ή την απουσία διαταραχών της προσοχής και δυσκολιών ελέγχου της παρορμητικότητας. Είναι επίσης γνωστό ότι τα παιδιά με

διαταραχή διαγωγής εμφανίζονται με ηπιότερα συμπτώματα υπερδραστηριότητας και απροσεξίας, ενώ η αντιδραστική συμπεριφορά τους χαρακτηρίζεται από σκοπιμότητα. Αντιθέτως τα παιδιά με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν αντιδραστική συμπεριφορά, επειδή αδυνατούν να ελέγξουν την παρορμητικότητά τους (Waslick and Greenhill 1997).

Η διαφορική διάγνωση της ΔΕΠΥ από τις αγχώδεις και καταθλιπτικές διαταραχές γίνεται κυρίως βάσει της αξιολόγησης των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και την ηλικία εμφάνισης αυτών. Πιο συγκεκριμένα, στις κλινικές εκδηλώσεις του άγχους και της κατάθλιψης περιλαμβάνονται η διάσπαση της προσοχής και η ανησυχία, λείπει όμως η έντονη κινητικότητα, ενώ οι εκδηλώσεις αυτές δεν είναι σταθερές στο χρόνο ή σε διαφορετικά περιβάλλοντα (Barkley 1998, Steinhausen 1992, Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος 2000). Οι διαταραχές της διάθεσης εμφανίζονται συνήθως μετά την ηλικία των 12 ετών, χαρακτηρίζονται από οξέα επεισόδια απότομης μεταβολής της διάθεσης και παρουσιάζονται ως μια σημαντική και ξαφνική αλλαγή στη συνήθη συμπεριφορά και συναισθηματική κατάσταση του παιδιού(AACAP 1997, Zametkin and Ernst 1999).

Συχνά τα προβλήματα διάσπασης προσοχής και υπερκινητικότητας αλληλοκαλύπτονται με προβλήματα κινητικής δεξιότητας και μαθησιακών δυσκολιών (Pitcher et al 2003, Steinhausen 1992, Tervo et al 2002). Για την εκτίμηση των προβλημάτων αυτών, είναι απαραίτητη η νευροψυχολογική αξιολόγηση του παιδιού.

Η συμπτωματολογία των διάχυτων αναπτυξιακών διαταραχών είναι συναφής με αυτή της ΔΕΠΥ. Οι διαταραχές αυτές ωστόσο διαφοροποιούνται εύκολα από τη ΔΕΠΥ λόγω των χαμηλών νοητικών ικανοτήτων, των δυσκολιών στην κοινωνική-

συναισθηματική επαφή, της έντονης ιδιομορφίας στην ομιλία και των στερεοτυπικών συμπεριφορών που παρουσιάζουν τα παιδιά (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος 2000). Στις περιπτώσεις αυτές τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ εμφανίζονται δευτερογενώς λόγω της ύπαρξης άλλης πρωτεύουσας διαταραχής (Waslick and Greenhill 1997).

Εν κατακλείδι, η αιφνίδια έναρξη της διαταραχής σε παιδιά σχολικής ηλικίας παραπέμπει σε πιθανή οργανική αιτιολογία (δηλητηρίαση, ρευματικός πυρετός) ή σε ψυχογενή αντίδραση σε έντονο stress. Οι καταστάσεις αυτές θα πρέπει να συνεκτιμούνται πριν την τελική διάγνωση της ΔΕΠΥ (Λαζαράτου και Αναγνωστόπουλος 2000).

1.8 ΔΕΠΥ ΚΑΙ ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΠΡΑΓΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ

Στην Ελλάδα η ΔΕΠΥ δεν έχει μελετηθεί επαρκώς, καθώς επιδημιολογικές και κλινικές μελέτες είναι σχεδόν ανύπαρκτες αριθμητικά. Μόνο μια μελέτη που διεξήχθη σε μια επαρχιακή πόλη της Πελοποννήσου χρησιμοποίησε τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για να ανιχνεύσει 290 παιδιά, που φοιτούσαν στην δευτέρα δημοτικού. Η μελέτη αυτή στηρίχθηκε σε εκτιμήσεις των δασκάλων τους και βρέθηκε ότι ένα ποσοστό 10% των παιδιών παρουσίαζε ΔΕΠΥ (Κάκουρος-Μανιαδάκη, 2000α, Κάκουρος και Μανιαδάκη 2000b). Η παρούσα μελέτη συνεπώς είναι η μεγαλύτερη ως τώρα αναζήτηση της ΔΕΠΥ σε παιδικό πληθυσμό στην Ελλάδα.

Πολλά έχουν επίσης προταθεί και δοκιμαστεί διεθνώς τόσο στο χώρο της εκπαίδευσης όσο και στη διάγνωση της ΔΕΠΥ, ωστόσο η έρευνα δεν έχει καταλήξει ακόμα σε συγκεκριμένα σχήματα (Overmeyer 1999).

Στην Ελλάδα η ΔΕΠΥ αποτελεί μια διαταραχή εννοιολογικά συγκεχυμένη, γεγονός που αντανακλάται ακόμα και στις διατάξεις του Υπουργείου Παιδείας, σύμφωνα με τις οποίες τα παιδιά με ΔΕΠΥ δεν αναγνωρίζονται ως έχοντα ανάγκη ειδικής αντιμετώπισης και αποκατάστασης. Πολλές φορές μάλιστα η ΔΕΠΥ συγχέεται με τη δυσλεξία και τις μαθησιακές δυσκολίες και δεν αναγνωρίζεται ως καθαυτή διαταραχή (Λιβανίου 2004)

Η εκπαιδευτική πραγματικότητα είναι ακόμα πιο απογοητευτική, καθώς ένα μεγάλο ποσοστό εκπαιδευτικών, ακόμα και σήμερα, αμφισβητούν την ύπαρξη της

διαταραχής, καθώς θεωρούν ότι η ΔΕΠΥ αποτελεί μια μορφή συμπεριφοράς που οφείλεται στην έλλειψη διαπαιδαγώγησης (Λιβανίου 2004).

Κοντολογίς, παρά τη σημαντική πρόοδο που έχει σημειωθεί διεθνώς ως προς τη διερεύνηση της ΔΕΠΥ τα τελευταία χρόνια, η πρόληψη, η βέλτιστη εκτίμηση και αντιμετώπισή της παραμένουν ανοιχτά πεδία προς διερεύνηση.

1.9 ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν:

- Η διερεύνηση του επιπολασμού της ΔΕΠΥ σε όλα τα παιδιά της πρώτης δημοτικού του Δήμου Ηρακλείου Κρήτης, χρησιμοποιώντας μια μέθοδο που συνδυάζει πληροφορίες από γονείς και εκπαιδευτικούς και που ακολουθεί τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για τη ΔΕΠΥ .
- Η επιβεβαίωση της ύπαρξης της διαταραχής με τη χρήση της πιο ορθής βιβλιογραφικά διαγνωστικής διαδικασίας, την κλινική εκτίμηση από παιδοψυχίατρο.
- Η εφαρμογή και η αξιολόγηση ενός διαγνωστικού σχήματος που να αντανακλά τις τελευταίες κατευθύνσεις της έρευνας, ακολουθώντας τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV και χρησιμοποιώντας πολυεπίπεδη προσέγγιση στη διάγνωση της διαταραχής.
- Η προσφορά νέας γνώσης στη ελληνική και διεθνή μελέτη του συνδρόμου.

2.0 ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΙ

2.1 ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Ο Δήμος Ηρακλείου της Κρήτης είναι ο μεγαλύτερος στην Κρήτη και ο τέταρτος σε μέγεθος στην Ελλάδα. Έχει πληθυσμό 137.711, από τον οποίο 7.863 είναι παιδιά ηλικίας μικρότερης των 10 ετών (απογραφή 2001). Ο Δήμος Ηρακλείου συμπεριλαμβάνει το κέντρο, που αδρά ορίζεται από τα Ενετικά τείχη, από εκτεταμένα προάστια και από λίγα χωριά. Ο πληθυσμός είναι εθνικά ομοιογενής, παρόλο που τα τελευταία χρόνια ένα ποσοστό περί το 10% υπολογίζεται ότι αποτελούν οικογένειες από χώρες της ανατολικής Ευρώπης και από την Αλβανία. Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν συνολικά 1.708 παιδιά (892 αγόρια, 52,2%, 816 κορίτσια, 47.8%), της πρώτης δημοτικού που φοιτούσαν σε όλα τα δημοτικά σχολεία του Δήμου Ηρακλείου, στο σύνολο 55. Τα παιδιά ήταν κατανεμημένα σε 101 τάξεις. Όπως συμβαίνει στις περισσότερες επιδημιολογικές μελέτες για τη ΔΕΠΥ(Baumgaertel et al 1995, Breton et al 1999, Cuffe et al 2006, Gomez-Beneyto 1994, Kadesjo and Gillberg 2001, Nolan et al 2001, Pehlam et al 1992, Pineda et al 2003, Rowland et al 2001, Verhust et al 1997), επειδή πολλά από τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ εμφανίζονται στη διάρκεια της πορείας άλλων αναπτυξιακών και ψυχιατρικών διαταραχών (APA 1994), παιδιά με σοβαρές αναπτυξιακές διαταραχές που φοιτούσαν σε ειδικά σχολεία εξαιρέθηκαν από την παρούσα μελέτη.

Η διεξαγωγή της μελέτης εγκρίθηκε τόσο από το Υπουργείο Παιδείας όσο και από αρμόδια επιτροπή του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου Κρήτης.

2.2 ΜΕΘΟΔΟΙ

Η μελέτη υλοποιήθηκε σε δυο στάδια. Το πρώτο περιλάμβανε την ανίχνευση όλων των παιδιών και το δεύτερο τη διάγνωση αυτών που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ.

Α) ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ

Για κάθε παιδί χορηγήθηκαν δύο ερωτηματολόγια, ένα για τους γονείς και ένα για τον δάσκαλο της τάξης. Της χορήγησης των ερωτηματολογίων προηγήθηκε ενημέρωση από τον κύριο ερευνητή όλων των διευθυντών και των εμπλεκόμενων δασκάλων για το σκοπό, τη σημασία και τη μεθοδολογία της έρευνας. Όλοι οι δάσκαλοι στη συνέχεια εξοικειώθηκαν στη χρήση και τη βαθμολόγηση των ερωτηματολογίων. Οι γονείς ενημερώθηκαν για την έρευνα από τους δασκάλους, οι οποίοι έστειλαν γραπτά ενημερωτικά σημειώματα μαζί με τα ερωτηματολόγια. Ο ανιχνευτικός έλεγχος διεξήχθη το χρονικό διάστημα Απριλίου-Ιουνίου του 2002, δηλαδή το τελευταίο τρίμηνο του διδακτικού έτους, ώστε οι εκπαιδευτικοί να έχουν διαμορφώσει μια ολοκληρωμένη άποψη για την συμπεριφορά και την επίδοση του κάθε παιδιού.

Ερωτηματολόγια

Ανάμεσα σε μια πληθώρα ερωτηματολογίων που ανιχνεύουν την ΔΕΠΥ, στην παρούσα μελέτη προτιμήθηκαν, το ερωτηματολόγιο της ΔΕΠΥ του Gilliam (1995)[Παράρτημα Α1] και το ερωτηματολόγιο σχολικής συμπεριφοράς της Lerner (1993,2003)[Παράρτημα Α2]. Τα ερωτηματολόγια αυτά έχουν χρησιμοποιηθεί σε προγενέστερη μελέτη για τη διερεύνηση της σχέσης της ΔΕΠΥ με κάποιες παραμέτρους της σχολικής επίδοσης και την ανίχνευση της ΔΕΠΥ σε παιδιά νηπιαγωγείου και δημοτικού (Κάκουρος και Μανιαδάκη 2000b, Τζενάκη 2002,). Το ερωτηματολόγιο του Gilliam για τους γονείς επιλέχθηκε ως ένα διεθνώς αποδεκτό και αξιόπιστο ερευνητικό εργαλείο, βασιζόμενο στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV. Η δομή και η βαθμολογική κλίμακα του ερωτηματολογίου είναι απλή και η συμπλήρωση του δεν χρειάζεται πολύ χρόνο (Gilliam 1995, Κάκουρος και Μανιαδάκη 2000a, Κάκουρος και Μανιαδάκη 2000b, Τζενάκη 2002,). Τα βασικά χαρακτηριστικά του ερωτηματολογίου του Gilliam για τους γονείς περιγράφονται στον Πίνακα (4).

Το ερωτηματολόγιο της Lerner για τη σχολική συμπεριφορά (Lerner 1993,2003, Τζενάκη 2002) (Πίνακας 5) δίδει μια γενική εικόνα του παιδιού, ελέγχοντας την παρουσία της ΔΕΠΥ και την έκπτωση στην κοινωνική και σχολική λειτουργικότητά του, που είναι απαραίτητη σύμφωνα με το DSM-IV για τη διάγνωση της διαταραχής. Το ερωτηματολόγιο αυτό έχει απλή δομή και μπορεί να συμπληρωθεί σε μικρό χρονικό διάστημα από τους εκπαιδευτικούς.

Πίνακας 4. Ερωτηματολόγιο γονιών για την ανίχνευση της ΔΕΠΥ.

Στηρίζεται στα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για τη ΔΕΠΥ. Αποτελείται από 36 ερωτήσεις που περιγράφουν τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της διαταραχής. Οι ερωτήσεις είναι κατανεμημένες σε τρεις ομάδες: υπερκινητικότητας (ερωτήσεις 1 έως 13), παρορμητικότητας (ερωτήσεις 14 έως 23) και διάσπαση προσοχής (ερωτήσεις 24 έως 36).

Η βαθμολόγηση των ερωτήσεων γίνεται με την κλίμακα 0-2, όπου με:

- 0 δηλώνεται η απουσία συμπτωμάτων
- 1 η περιστασιακή εκδήλωση της περιγραφόμενης συμπεριφοράς
- 2 η συχνή παρουσία των συμπτωμάτων με έκπτωση στη λειτουργικότητα του παιδιού.

Το ερωτηματολόγιο παρέχει βασικές πληροφορίες για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ, με ερωτήσεις που προσδιορίζουν αν :

- τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ παρουσιάστηκαν πριν από την ηλικία των επτά ετών
- το παιδί εκδηλώνει τη συμπεριφορά ανεξάρτητα από το ποιος είναι παρόν
- η συμπεριφορά συνδέεται με συγκεκριμένες δραστηριότητες
- άλλες συνυπάρχουσες διαταραχές προκαλούν τη συμπεριφορά του παιδιού

Υπάρχει ακόμα χώρος για την αναφορά από το γονιό άλλων σημαντικών πληροφοριών.

Για να αξιολογηθούν τα ευρήματα του ερωτηματολογίου ως ενδεικτικά ΔΕΠΥ:

- πρέπει να συγκεντρώνει βαθμολογία >14 στις ομάδες υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας ή στην ομάδα διάσπασης προσοχής ή και στις δυο.
- Τα συμπτώματα θα πρέπει να είναι παρόντα πριν από την ηλικία των 7 ετών και να έχουν διάρκεια >6 μήνες.
- Η συμπεριφορά θα πρέπει να εκδηλώνεται σε άνω του ενός πλαισίου και κατά τη διάρκεια άνω της μία συγκεκριμένης δραστηριότητας.

Πίνακας 5. Ερωτηματολόγιο Δασκάλων για την ανίχνευση της ΔΕΠΥ.

Στηρίζεται στην κλίμακα σχολικής συμπεριφοράς της Lerner (1993,2003), με επιπλέον ερωτήματα που απορρέουν από τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV καθώς και ερωτήματα που διερευνούν τη μνήμη, την ακουστική επεξεργασία και τον οπτικο-κινητικό συντονισμό.

Αποτελείται από 50 ερωτήσεις που αξιολογούν την ακουστική αντίληψη, τη γραπτή γλώσσα, τον προσανατολισμό, τη γενική συμπεριφορά, την λεπτή κινητικότητα, την προσοχή, την υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα, τον οπτικο-κινητικό συντονισμό, την ακουστική αντίληψη και τη μνήμη.

Η αξιολόγηση των ερωτήσεων γίνεται με τη βαθμολογική κλίμακα 0-4: «ποτέ», «σχεδόν ποτέ», «κάποιες φορές», «πολλές φορές».

Ζητήθηκε ακόμα από τους εκπαιδευτικούς να βαθμολογήσουν με Α έως Δ τη σχολική επίδοση των μαθητών στα βασικά μαθήματα (γλώσσα, μαθηματικά και φυσικά). Η κλίμακα αυτή χρησιμοποιείται στις πρώτες τάξεις του δημοτικού. Το Α: άριστη επίδοση, Β: επίδοση στο μέσο όρο, Γ: επίδοση κάτω από το μέσο όρο και Δ: επίδοση πολύ κάτω από το μέσο όρο.

- Το ερωτηματολόγιο θεωρήθηκε παθολογικό, αν ο εκπαιδευτικός βαθμολογούσε με την κλίμακα «πολλές φορές» 6 συμπτώματα διάσπασης προσοχής ή 6 συμπτώματα υπερκινητικότητας- παρορμητικότητας.
- Η έκπτωση στην κοινωνική ή σχολική λειτουργικότητα του παιδιού θεωρήθηκε σημαντική, αν ο εκπαιδευτικός βαθμολογούσε με την κλίμακα «πολλές φορές» έναν από τους παρακάτω τομείς: γραπτή και προφορική έκφραση, ικανότητα οργάνωσης, σχέσεις με τους συνομήλικους, ολοκλήρωση εργασιών και υπακοή στους κανόνες και με Δ την σχολική του επίδοση.

Αξιολόγηση των ερωτηματολογίων και συνάφεια με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ σε κάθε παιδί ήταν η συμφωνία και των δυο ερωτηματολογίων. Το DSM-IV απαιτεί την εκδήλωση της ΔΕΠΥ σε δυο ή περισσότερα περιβάλλοντα, όπως είναι το σχολείο και το σπίτι καθώς και σαφή απόδειξη κλινικά σημαντικής έκπτωσης στην κοινωνική, σχολική λειτουργικότητα. Στην παρούσα μελέτη η σημαντική έκπτωση στη λειτουργικότητα του παιδιού τεκμηριώθηκε στο σπίτι και το σχολείο από το γονιό και το δάσκαλο της τάξης αντίστοιχα.

Σύμφωνα με το DSM-IV για να τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠΥ, 6 ή περισσότερα συμπτώματα ελλειμματικής προσοχής, υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, πρέπει να είναι παρόντα για τουλάχιστον 6 μήνες (APA 1994). Στην παρούσα μελέτη, τόσο οι γονείς των παιδιών, όσο και οι εκπαιδευτικοί κατέγραψαν στα ερωτηματολόγια 6 συμπτώματα διάσπασης προσοχής ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας. Επιπλέον το χρονικό κριτήριο της εξάμηνης επιμονής των συμπτωμάτων, εκτιμήθηκε με ασφάλεια στην παρούσα μελέτη, καθώς οι μεν δάσκαλοι γνώριζαν τα παιδιά για τουλάχιστον έξι μήνες, οι δε γονείς ρωτήθηκαν συγκεκριμένα γι αυτή τη χρονική διάρκεια των συμπτωμάτων. Επιπλέον, σύμφωνα με το DSM-IV, τα συμπτώματα της διαταραχής θα πρέπει να είναι παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών. Η ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ τεκμηριώθηκε και στα δυο ερωτηματολόγια.

Β) ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Διαδικασίες

Έξι μήνες μετά την ολοκλήρωση της ανιχνευτικής διαδικασίας όλα τα παιδιά που είχαν θετικό ανιχνευτικό έλεγχο κλήθηκαν για κλινική εκτίμηση προς επιβεβαίωση της διαταραχής. Η ενημέρωση έγινε μέσω γραπτών σημειωμάτων (Παράρτημα Α3), τα οποία επιδόθηκαν στους γονείς μέσω των εκπαιδευτικών της τάξης. Τα σημειώματα εστιάστηκαν στην περιγραφή της φύσεως της διαταραχής και στη σπουδαιότητα της κλινικής εκτίμησης των παιδιών από ειδικό. Το σημείωμα περιλάμβανε τα τηλέφωνα, την ειδίκευση των μελών της ερευνητικής ομάδας, καθώς και τον τόπο διεξαγωγής της διάγνωσης. Πιο συγκεκριμένα, ως πιο οικείος χώρος, από μια αίθουσα του νοσοκομείου, για την υλοποίηση της κλινικής εκτίμησης, επιλέχθηκε το ιατρείο παιδοψυχιάτρου της πόλης του Ηρακλείου.

Διαγνωστικά εργαλεία

Η διάγνωση των παιδιών στηρίχθηκε στο σταθμισμένο ερωτηματολόγιο του συστήματος Achenbach, CBCL (Child Behavior Checklist) (Παράρτημα Α6), στην κλινική συνέντευξη των γονιών και την παιδοψυχιατρική εξέταση των παιδιών.

CBCL

Το ερωτηματολόγια του Achenbach χρησιμοποιείται ευρέως για την αξιολόγηση σημαντικών διαστάσεων της ψυχοπαθολογίας του παιδιού. Στηρίζεται στις διαγνωστικές κατηγορίες του DSM-IV και καλύπτει τις ηλικίες από 6 έως 18 ετών.

Το ερωτηματολόγιο χωρίζεται σε δυο μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από μια σειρά ερωτήσεων που εκτιμούν την προσαρμοστική συμπεριφορά σε τρεις κλίμακες, την κλίμακα των δραστηριοτήτων, την κοινωνική και την Σχολική. Το δεύτερο μέρος

αποτελείται από 113 στοιχεία που περιγράφουν την συμπεριφορά του παιδιού. Το κάθε στοιχείο εκτιμάται σε μια κλίμακα 3 βαθμών: 0= *δεν ταιριάζει καθόλου*, 1= *ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές* και 2= *ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά*. Οι βαθμολογίες που προκύπτουν συνδυάζονται ώστε να δημιουργήσουν οκτώ σύνδρομα και δυο κλίμακες μεγάλου εύρους καθώς και μια βαθμολογία συνολικών προβλημάτων.

Πιο συγκεκριμένα, στα οκτώ σύνδρομα έχουν δοθεί περιγραφικοί τίτλοι που συνοψίζουν τα προβλήματα που περιλαμβάνουν και είναι τα: *Άγχος/Κατάθλιψη, Απόσυρση/Κατάθλιψη, Σωματικά Ενοχλήματα, Κοινωνικά Προβλήματα, Προβλήματα Σκέψης, Προβλήματα Προσοχής, Παράβαση Κανόνων* και *Επιθετική συμπεριφορά*. Οι ευρείες κλίμακες ονομάζονται Εσωτερικευμένη και Εξωτερικευμένη.

Η Εσωτερικευμένη κλίμακα αποτελείται από τα σύνδρομα *Άγχους/Κατάθλιψης, Απόσυρσης/Κατάθλιψης, Σωματικών Ενοχλημάτων* και *Κοινωνικών Προβλημάτων*. Ως εσωτερικευμένες θεωρούνται γενικά οι διαταραχές του συναισθήματος και εκείνες με ελλείμματα στην έκφραση της συμπεριφοράς.

Η εξωτερικευμένη κλίμακα αποτελείται από τις κλίμακες *Παράβασης Κανόνων και Επιθετικής Συμπεριφοράς*. Στις εξωτερικευμένες κλίμακες κατατάσσονται γενικότερα οι διαταραχές διαγωγής και η ΔΕΠΥ.

Το ερωτηματολόγιο CBCL παράγει συνεχόμενες κλίμακες εμπειρικών συνδρόμων. Με την επιβολή μάλιστα σημείων τομής της βαθμολογίας (cut-off scores) που παρέχει το ερωτηματολόγιο, τα εμπειρικά σύνδρομα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την ανίχνευση συμπτωμάτων προβληματικής συμπεριφοράς.

Εκτός από την παροχή ποιοτικών και περιγραφικών δεδομένων, το ΣΑΕΒΑ δίδει τη δυνατότητα γραφικής αναπαράστασης της βαθμολογίας του ερωτηματολογίου σε διαγράμματα (Προφίλ), τα οποία προσδιορίζουν τη θέση του παιδιού αναφορικά με τις φυσιολογικές ομάδες ίδιου φύλου και ηλικίας στα σύνδρομα, τις ικανότητες και την προσαρμοστική λειτουργικότητα.

Πέρα από τις εμπειρικά βασισμένες διαγνωστικές κατηγορίες, το ερωτηματολόγιο παρέχει και εναρμονισμένες κλίμακες με το DSM-IV. Στον πίνακα (6) που ακολουθεί δίδονται οι κλίμακες και η αντιστοιχία τους με τις διαγνωστικές κατηγορίες του DSM.

Πίνακας 6. Κλίμακες του CBCL και αντιστοιχία με τις διαγνωστικές κατηγορίες του DSM-IV

Κλίμακες CBCL	Αντιστοιχία με διαγνωστικές κατηγορίες του DSM-IV
Συναισθηματικά προβλήματα	Δυσθυμία, Μείζων κατάθλιψη
Προβλήματα άγχους	Γενικευμένη αγχώδης διαταραχή, Διαταραχή άγχους αποχωρισμού, Ειδική φοβία
Σωματικά προβλήματα	Σωματοποιητική διαταραχή, Σωματόμορφη διαταραχή
Προβλήματα Ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας	ΔΕΠΥ: Απρόσεκτος τύπος και ΔΕΠΥ : Υπερκινητικός-Παρορμητικός τύπος
Προβλήματα Διαγωγής	Διαταραχή διαγωγής

Κλινική συνέντευξη γονιού [Παράρτημα Α4]

Η κλινική συνέντευξη του γονιού στηρίχθηκε στο διεθνώς αναγνωρισμένο μοντέλο ημιδομημένης συνέντευξης του Barkley για τη ΔΕΠ/Υ (1998). Οι βασικοί άξονες του περιγράφονται στον πίνακα (7) που ακολουθεί.

Πίνακας 7. Κλινική συνέντευξη γονιού

Κλινική συνέντευξη γονιού

- Αναπτυξιακό ιστορικό: προγεννητικό, περιγεννητικό και σημαντικά γεγονότα στη ζωή του παιδιού
- Ιατρικό Ιστορικό: ακοή, όραση, ανάπτυξη του λόγου, χρόνια προβλήματα υγείας, έλεγχος σφικτήρων, μολύνσεις, ατυχήματα, εγχειρήσεις, αλλεργίες, διαταραχές σίτισης, κινητική ανάπτυξη
- Ιστορικό θεραπειών: Φαρμακευτικών, ψυχολογικών
- Σχολικό Ιστορικό: ακαδημαϊκή επίδοση, προσαρμογή στο σχολείο
- Κοινωνικό Ιστορικό: αλληλεπίδραση - σχέσεις με τους συνομηλίκους
- Ιστορικό ανάπτυξης ΔΕΠΥ
- Διαγνωστικά κριτήρια για ΔΕΠΥ, Διαταραχές διαγωγής, Εναντιωτική προκλητική διαταραχή, αγχώδεις διαταραχές, κατάθλιψη, αυτισμό
- Οικογενειακό Ιστορικό: κληρονομικότητα, ενδο-οικογενειακές σχέσεις, οικογενειακά προβλήματα)

Κλινική εξέταση παιδιού

Η κλινική εξέταση του παιδιού επικεντρώθηκε:

- στην παρουσία των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ
- στην παρουσία συμπτωμάτων άλλων διαταραχών (συναισθηματικών, ψυχιατρικών)
- στον έλεγχο της κινητικής ανάπτυξης (λεπτή και αδρή κινητικότητα)

- στην εξέταση της αντίληψης δεξιού- αριστερού και οπτικού-κινητικού συντονισμού
- έλεγχο της μνήμης και της αντίληψης
- έλεγχο νοημοσύνης
- Μαθησιακή επίδοση (*ανάγνωση, μαθηματικά, γραπτός λόγος*)
- Δραστηριότητες του παιδιού

ΔΙΑΦΟΡΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Η διαφορική διάγνωση έγινε με την εφαρμογή του κριτηρίου Ε του DSM-IV. Το κριτήριο αυτό αποκλείει τη διάγνωση της ΔΕΠΥ όταν τα συμπτώματα εμφανίζονται στη διάρκεια της πορείας άλλων διαταραχών, (διάχυτες αναπτυξιακές διαταραχές, διαταραχές διάθεσης, προσωπικότητας, αγχώδεις διαταραχές, σχιζοφρένεια, νοητική υστέρηση, χρόνια ιατρικά προβλήματα). Ο αποκλεισμός ύπαρξης των διαταραχών αυτών έγινε με τη λήψη του αναπτυξιακού, οικογενειακού και ιατρικού ιστορικού και την κλινική εκτίμηση του παιδιού από παιδοψυχίατρο.

Άλλες διαταραχές με συναφή συμπτωματολογία με τη ΔΕΠΥ (διαταραχές διασπαστικής συμπεριφοράς, μαθησιακές δυσκολίες) διαφοροδιαγιγνώστηκαν προτού τεθεί η τελική διάγνωση, με τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού του παιδιού, το ερωτηματολόγιο του εκπαιδευτικού και την κλίμακα του Achenbach.

ΤΕΛΙΚΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Για να τεθεί η τελική διάγνωση της ΔΕΠΥ το παιδί έπρεπε να πληροί τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV για τη διαταραχή, να αποκλειστεί το ενδεχόμενο ύπαρξης άλλης διαταραχής που να εξηγεί καλύτερα την παρουσία των συμπτωμάτων αυτών (διαφορική διάγνωση), η έκπτωση εξαιτίας των συμπτωμάτων να είναι παρούσα σε δυο η περισσότερα πλαίσια (δηλαδή και στο σχολείο και στο σπίτι), να υπάρχει σαφής απόδειξη σημαντικά κλινικής έκπτωσης στην κοινωνική και σχολική του λειτουργικότητα.

2.3 Στατιστική ανάλυση

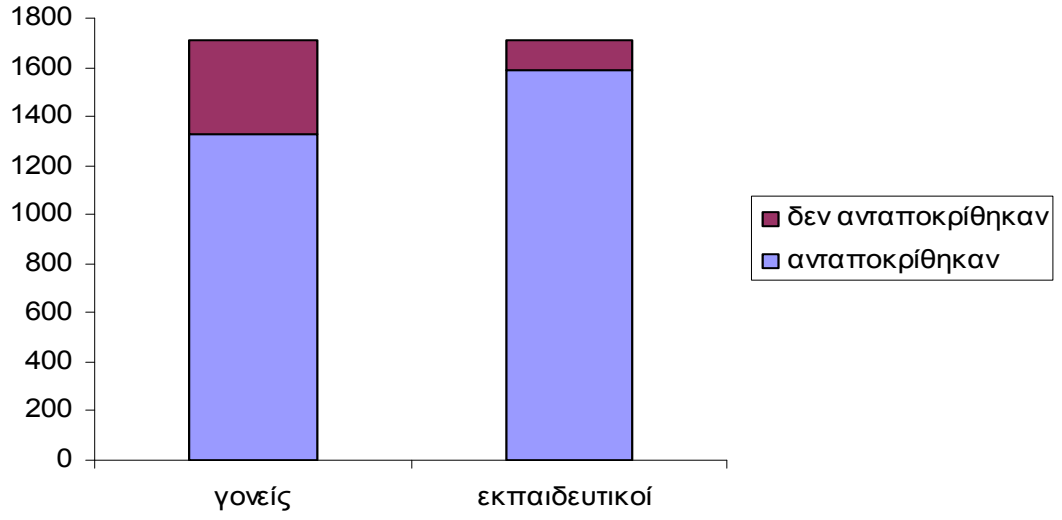
Ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ προσδιορίστηκε ως εκατοστιαία αναλογία με υπολογισμό των διαστημάτων εμπιστοσύνης 95%, εφαρμόζοντας τη διωνυμική κατανομή είτε την κανονική προσέγγιση στη διωνυμική κατανομή, ανάλογα με τα αποτελέσματα (μέγεθος ποσοστού) και το μέγεθος του δείγματος (Armitage and Berry 1987). Οι διαφορές στην ανταπόκριση στα ερωτηματολόγια εκτιμήθηκαν με χρήση της μεθόδου Newcombe-Wilson hybrid score (1998). Η δοκιμασία χ^2 εφαρμόστηκε για την επαλήθευση της μηδενικής υπόθεσης τη μη ύπαρξης σχέσης μεταξύ φύλου και παρουσίας της ΔΕΠΥ. Τα αποτελέσματα θεωρήθηκαν ως στατιστικά σημαντικά όταν ήταν κάτω από το επίπεδο σημαντικότητας 5% ή στο επίπεδο αυτό ($p<0,05$).

2.4 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Ανταπόκριση

Από τα 1708 ερωτηματολόγια που χορηγήθηκαν, 1325 (77,6%) συμπληρώθηκαν από τους γονείς και 1589 (93,0%) από τους εκπαιδευτικούς (Γράφημα 1). Το ποσοστό ανταπόκρισης των γονιών ήταν στατιστικά μικρότερο από εκείνο των εκπαιδευτικών (95% διάστημα εμπιστοσύνης για τη διαφορά στο ποσοστό ανταπόκρισης 13%-18%, p<0,0001).

Γράφημα 1. Ανταπόκριση γονιών και εκπαιδευτικών στη μελέτη.



Για 1285 (75,2%) παιδιά συμπληρώθηκαν και τα δυο ερωτηματολόγια. Για 40 (2,4%) παιδιά συμπληρώθηκε μόνο το ερωτηματολόγιο των γονιών, ενώ για 340 (17,8%) μόνο το ερωτηματολόγιο των εκπαιδευτικών. Για 79 (4,6%) δεν συμπληρώθηκε κανένα από τα δύο ερωτηματολόγια. Από τα 1285 παιδιά, για τα οποία ήταν διαθέσιμα και τα δυο ερωτηματολόγια, 659 (51,3%) ήταν αγόρια και 626

(48,7%) ήταν κορίτσια. Όπως φαίνεται στον Πίνακα 8, δεν παρατηρήθηκαν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα ως προς τα ποσοστά της ανταπόκρισης των γονιών και των εκπαιδευτικών.

Πίνακας 8. Κατανομή του πληθυσμού της έρευνας κατά φύλο και ανταπόκριση των γονιών και των δασκάλων στη μελέτη.

Ανταπόκριση	**Σύνολο Παιδιών**		**Αγόρια**		**Κορίτσια**	
	N	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Ανταποκρίθηκαν και οι γονείς και οι δάσκαλοι	1.285	75,2	659	73,9	626	76,7
Ανταποκρίθηκαν μόνο οι γονείς	40	2,4	24	2,7	16	2,0
Ανταποκρίθηκαν μόνο οι δάσκαλοι	304	17,8	167	18,7	137	16,8
Δεν ανταποκρίθηκε κανείς	79	4,6	42	4,7	37	4,5
Σύνολο	1.708	100	892	100	816	100

ΑΝΙΧΝΕΥΣΗ ΔΕΠΥ

Ανάμεσα στα 1285 αυτά παιδιά, των οποίων και οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί ανταποκρίθηκαν στην έρευνα, 84 (6,5%, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 5,2% έως 7,9%) πληρούσαν τα κριτήρια για την παρουσία της ΔΕΠΥ. Από τα 659 αγόρια, 58 (8,8%, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 6,6% έως 11,0%) θεωρήθηκαν ως θετικά για τη ΔΕΠΥ, ενώ η αντίστοιχη συχνότητα για τα κορίτσια ήταν 26/626 (4,2%, 95% διάστημα εμπιστοσύνης 2,6% έως 5,7%). Η μεγαλύτερη συχνότητα που παρατηρήθηκε στα αγόρια ήταν στατιστικά σημαντική (p= 0,0011). Μόνο σε 2 παιδιά (1 αγόρι και 1 κορίτσι) από τα 84 είχε ήδη τεθεί η διάγνωση της ΔΕΠΥ. Εκτός από τα 84 παιδιά με συμφωνία ερωτηματολογίων, σε άλλα 29 παρατηρήθηκε ασυμφωνία

μεταξύ γονιών και δασκάλων. Συγκεκριμένα, για 11 (0,9%) παιδιά το ερωτηματολόγιο των γονιών ήταν θετικό για ΔΕΠΥ και αρνητικό το ερωτηματολόγιο των εκπαιδευτικών, ενώ για τα υπόλοιπα 18 (1,4%) ίσχυε το αντίθετο. Για τα υπόλοιπα 1172 (91,2%) παιδιά και τα δυο ερωτηματολόγια ήταν αρνητικά. Η κατανομή των 1285 παιδιών ως θετικά και αρνητικά για την παρουσία της ΔΕΠΥ, σύμφωνα με τις απαντήσεις των γονιών και των δασκάλων παρουσιάζεται στον Πίνακα 9.

Πίνακας 9. Αποτελέσματα της ανίχνευσης της ΔΕΠΥ σύμφωνα με τα ερωτηματολόγια των γονιών και των δασκάλων.

Ερωτηματολόγιο γονιών	Ερωτηματολόγιο δασκάλων	Σύνολο Παιδιών N (%)	Αγόρια N (%)	Κορίτσια N (%)
Θετικό	Θετικό	84 (6,5)	58 (8,8)	26 (4,2)
Θετικό	Αρνητικό	11 (0,9)	9 (1,4)	2 (0,3)
Αρνητικό	Θετικό	18 (1,4)	10 (1,5)	8 (1,3)
Αρνητικό	Αρνητικό	1.172 (91,2)	582 (88,3)	590 (94,2)
Σύνολο		1.285 (100)	659 (100)	626 (100)

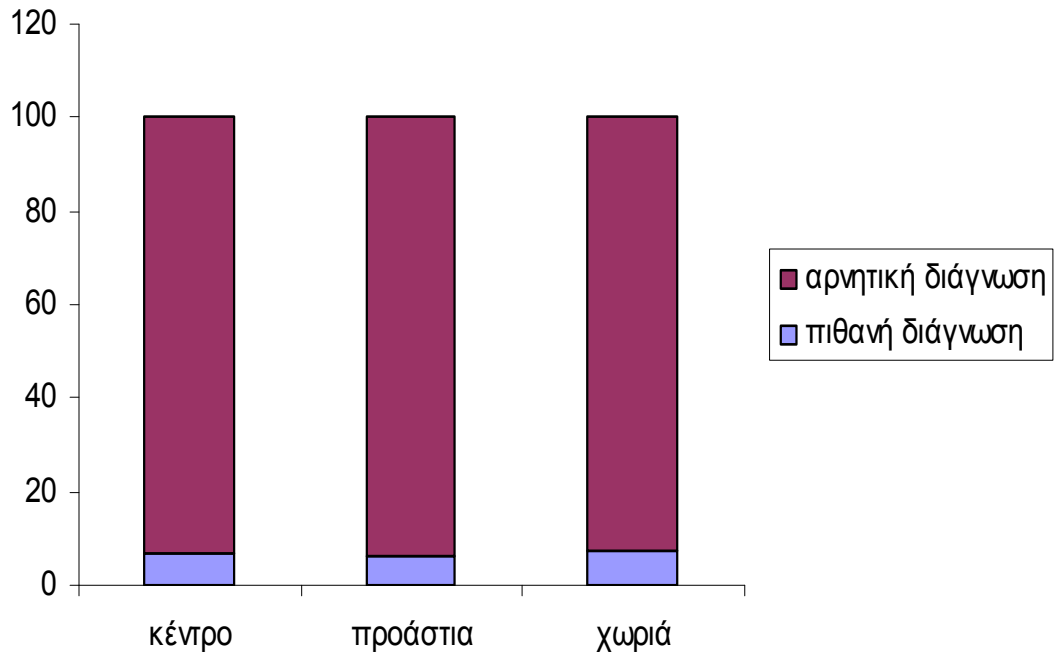
Η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠΥ ανάλογα με τη περιοχή διαμονής του πληθυσμού παρουσιάζεται στον Πίνακα 10 και σχηματικά στο Γράφημα 2. Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της ΔΕΠΥ σε αστικές, ημιαστικές και σε αγροτικές περιοχές (p=0,9857).

Πίνακας 10. Επιπολασμός της ΔΕΠΥ σύμφωνα με την περιοχή διαμονής.

Διαμονή	Αριθμός σχολείων	Σύνολο Παιδιών	ΔΕΠΥ (+)	Επιπολασμός %	95% ΔΕ για επιπολασμό
Κέντρο	12	269	18	6,7	3,7 το 9,7
Προάστια	37	988	64	6,5	4,9 το 8,1
Χωριά	6	28	2	7,1	1,0 το 22,5[1]
Σύνολο	**55**	**1.285**	**84**	**6,5**	**5,2 το 7,9**

[1] Ο υπολογισμός έγινε με τη χρήση πινάκων της διωνυμικής κατανομής λόγω του μικρού μεγέθους του δείγματος (Neaves Statistics Tables)

Γράφημα 2. Επιπολασμός ΔΕΠΥ κατά περιοχή διαμονής.



ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Από τα 84 παιδιά, 42 (50%, 35 αγόρια, 7 κορίτσια) προσήλθαν για κλινική εκτίμηση. Και τα 42 έφεραν συμπτώματα της ΔΕΠΥ, ωστόσο η διάγνωση της διαταραχής επιβεβαιώθηκε σε 31 (73,8%,), από τα οποία 25 ήταν αγόρια και 6 κορίτσια. Πιο συγκεκριμένα για 22 παιδιά (18 αγόρια, 4 κορίτσια) η τελική διάγνωση ήταν ΔΕΠΥ-συνδυασμένος τύπος, για 5 (όλα αγόρια), ΔΕΠΥ-με προεξέχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο και σε 4 (2 αγόρια, 2 κορίτσια), ΔΕΠΥ με προεξέχοντα τον απρόσεκτο τύπο. Η διάγνωση επαληθεύτηκε ξανά και για τα δύο παιδιά που είχαν προγενέστερη διάγνωση της διαταραχής.

Στα υπόλοιπα 11 παιδιά η συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ οφείλοταν σε άλλες πρωτογενείς διαταραχές, όπως αναπτυξιακές και νευρολογικής φύσεως διαταραχές, συναισθηματικά και μαθησιακά προβλήματα. Στον πίνακα (11) που ακολουθεί παρουσιάζεται η κατανομή των παιδιών σύμφωνα με την τελική διάγνωση.

Από τα 42 παιδιά που δεν ανταποκρίθηκαν στη μελέτη, 4 είχαν μετακομίσει σε άλλα μέρη της Ελλάδος και ήταν αδύνατο να εντοπιστούν. Για 7 παιδιά στάλθηκαν αρνητικά απαντητικά, ενώ για τα υπόλοιπα 31 δεν υπάρχουν διαθέσιμα στοιχεία.

Πίνακας 11. Τελική διάγνωση των 42 παιδιών με θετικό ανιχνευτικό έλεγχο για ΔΕΠΥ.

Τελική διάγνωση	***Αγόρια***	**Κορίτσια**	**Σύνολο**
	N	**N**	**N (%)**
ΔΕΠΥ	25	6	31 (74)
Διαταραχές λόγου, Μαθησιακές δυσκολίες	4	1	5 (12)
Νευρολογικές διαταραχές (επιληψία, εγκεφαλίτιδα)	3	0	3 (7,1)
Συναισθηματικά προβλήματα (διαζύγιο γονέων, γονική εγκατάλειψη)	2	0	2 (4,8)
Ψυχιατρικές αναπτυξιακές διαταραχές (αυτισμός)	1	0	1 (2,4)
Σύνολο	35	7	42 (100)

2.5 ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ στα παιδιά πρώτης δημοτικού σε ένα μεγάλο δήμο της Ελλάδας, του Ηρακλείου Κρήτης, είναι 6,5%, ποσοστό ανάλογο με αυτό που έχει αναφερθεί από πολλές μελέτες παγκοσμίως. Παρόλο που αξιοσημείωτες διαφορές στον επιπολασμό της διαταραχής έχουν καταγραφεί σε διαφορετικούς πληθυσμούς (Πίνακας 2), είναι εμφανές ότι οι περισσότερες μελέτες συγκλίνουν σε ποσοστό εμφάνισης της ΔΕΠΥ 4% έως 10% (Skounti et al 2006).

Ένα καθολικό έως τώρα εύρημα των επιδημιολογικών μελετών, είναι ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠΥ είναι μεγαλύτερη στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια, με αναλογίες που κυμαίνονται από 1:1 έως 3:1. (Andres et al 1999, Bener et al 2006, Benjasuwantep et al 2002, Breton et al 1999, Canino et al 2004, Cohen et al 1993, Costello et al 1993, Cuffe et al 2005, Ersan et al 2004, Fergusson et al 1993, Ford et al 2003, Gimpel and Kuhn 2000, Jensen et al 1995, Pelham et al 1992,Pineda et al 2003, Rohde et al 1999, Rowland et al 2001, Sugawara et al 1998, Wang et al 1993, Wolraich et al 1998). Η αναλογία αυτή είναι αντίστοιχη με αυτή που βρέθηκε και στην παρούσα μελέτη (2.1:1). Ωστόσο, σε κλινικά δείγματα, δηλαδή σε πιο σοβαρές εκδηλώσεις της διαταραχής, η συχνότητα εμφάνισης στα αγόρια είναι κατά μέσο όρο 6 με 9 φορές μεγαλύτερη (Barkley 1998, Elia 1999).

Τα ερευνητικά δεδομένα είναι ανεπαρκή, αναφορικά με τη δημογραφική κατανομή του επιπολασμού της ΔΕΠΥ (Anastopoulos and Shelton 2001). Κάποιες μελέτες καταγράφουν υψηλότερα ποσοστά εμφάνισης της διαταραχής σε χαμηλού

κοινωνικο-οικονομικού επιπέδου ομάδες (Gimpel and Kuhn 2000, Graetz et al 2001, Kadesjo and Gillberg 2001, Pineda et al 2003, Sugawara et al 1999) και σε αστικές περιοχές (Baumgaertel et al 1995, Canino et al 2004). Ωστόσο η συνθήκη αυτή δεν επιβεβαιώνεται σε όλες επιδημιολογικές μελέτες (Breton et al 1999, Cuffe et al 2005, Jensen et al 1995, Nolan et al 2001). Μάλιστα και στην παρούσα μελέτη δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της διαταραχής σε αστικές, αγροτικές και ημιαστικές περιοχές. Οι μελλοντικές κατευθύνσεις της έρευνας θα πρέπει να εστιαστούν και στη διερεύνηση των δημογραφικών παραγόντων που επιδρούν στον επιπολασμό της ΔΕΠΥ.

Ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ εξαρτάται από την επιλογή της πηγής πληροφόρησης. Τα ερωτηματολόγια μάλιστα από γονείς και εκπαιδευτικούς συχνά δεν συγκλίνουν ως προς την ύπαρξη της διαταραχής (Barkley 2003, Cohen et al 1994, Wolraich et al 2004). Ενδεικτικά αναφέρεται η ισλανδική μελέτη, όπου ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ υπολογίστηκε στα 4.7% του παιδικού πληθυσμού βασιζόμενη στις εκτιμήσεις των γονιών και στο 5.8% βασιζόμενη στις εκτιμήσεις των εκπαιδευτικών (Magnusson et al 1999). Ομοίως σε έρευνα τους ο Breton και οι συνάδελφοι του (1999), κατέληξαν σε ποσοστά εμφάνισης της ΔΕΠΥ περί τα 3.3%, 5% και 8.9% βασιζόμενοι στις εκτιμήσεις των παιδιών, γονιών και εκπαιδευτικών. Αντιστοίχως σε έρευνά του, ο Gomez (1999) κατέγραψε ποσοστά της τάξεως του 8.8% και 9.9% στηριζόμενος στις αξιολογήσεις γονιών κι εκπαιδευτικών. Ο επιπολασμός της διαταραχής ωστόσο παρουσίασε δραματική μείωση (2.5%) όταν η διάγνωση της ΔΕΠΥ στηρίχθηκε και στα δυο ερωτηματολόγια.

Η επιλογή συνεπώς της πηγή πληροφόρησης στις επιδημιολογικές μελέτες παίζει καθοριστικό ρόλο στον υπολογισμό του επιπολασμού της διαταραχής. Το παιδί με ΔΕΠΥ ευλόγως δεν αποτελεί αξιόπιστη πηγή πληροφόρησης (Barkley 1998, Scahill and Scwab-Stone 2000, Wolraich et al 2004). Οι εκτιμήσεις των εκπαιδευτικών αφενός είναι θεμελιώδους σημασίας, καθώς παρατηρούν καθημερινά στο σχολικό περιβάλλον παιδιά του ίδιου αναπτυξιακού επιπέδου. Οι γονείς αφετέρου είναι πολύτιμη πηγή πληροφόρησης, καθώς είναι μάρτυρες της συμπεριφοράς των παιδιών τους σε διαφορετικά περιβάλλοντα από τη γέννηση τους (Amador-Campos 2006, Rowland 2001, Skounti et al 2006). Η βιβλιογραφία όμως δεν έχει καταλήξει σε ασφαλή συμπεράσματα για το ποια πηγή είναι πιο αξιόπιστη. Για το λόγο αυτό, στην τελευταία έκδοση του DSM (DSM-IV) και για πρώτη φορά, απαιτείται η εμφάνιση των συμπτωμάτων σε τουλάχιστον δυο περιβάλλοντα, όπως το σχολείο και το σπίτι και θεμελιώνεται η χρήση διαφορετικών πηγών πληροφόρησης στην εκτίμηση της ΔΕΠΥ. Η χρησιμοποίηση άλλωστε, διαφορετικών πηγών πληροφόρησης αποτελεί βασική παράμετρο για την εκτίμηση της παιδικής ψυχοπαθολογίας εν γένει (Biedreman 1990, Gomez et al 1999, Hinshaw 1994, Kumpulainen et al 1999, Wolraich 1998) και η παράμετρος αυτή τηρήθηκε αυστηρά στην παρούσα μελέτη.

Δεδομένης της παραπάνω παραμέτρου, ένα σημαντικός περιορισμός πολλών εκ των υφιστάμενων επιδημιολογικών μελετών για τη ΔΕΠΥ, είναι ότι ερευνούν τη συμπεριφορά των παιδιών σε ένα μόνο περιβάλλον. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 2 στις μελέτες που χρησιμοποιούν μια μόνο πηγή πληροφόρησης, ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ κυμαίνεται από 2.8% έως 17.8%, έναντι του 2.2% έως 16.1% στις μελέτες με δυο πηγές πληροφόρησης.

Όπως προαναφέρθηκε, η εφαρμογή των κριτηρίων του DSM-IV στις επιδημιολογικές μελέτες για τη ΔΕΠΥ φαίνεται να επιδράει στην αύξηση του επιπολασμού της διαταραχής. Η αύξηση αυτή οφείλεται στην κωδικοποίηση της διαταραχής σε υπο-τύπους, που θεμελιώνεται για πρώτη φορά στο DSM-IV. Αυτή η πιθανότητα υποστηρίζεται από δυο μελέτες, οι οποίες εφαρμόζοντας στον ίδιο πληθυσμό τόσο τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-III-R, όσο και του DSM-IV, κατέγραψαν μεγάλες διαφορές στον επιπολασμό της ΔΕΠΥ. Πιο συγκεκριμένα, ο επιπολασμός της διαταραχής υπολογίστηκε στα 7.3% (DSM-III-R) έναντι του 11.4% (DSM-IV) και 10.9% έναντι του 17.8%, σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-III-R και DSM-IV αντιστοίχως (Baumgaertel 1995, Wolraich 1998).

Ως προς τον επιπολασμό των υποτύπων της ΔΕΠΥ, στις επιδημιολογικές μελέτες η διάγνωση ΔΕΠΥ-Απρόσεκτος τύπος, είναι η πιο συχνή σε παιδιά ηλικίας άνω των δέκα ετών, ενώ για τα παιδιά 8-10 ετών η πιο συχνή διάγνωση είναι ΔΕΠΥ- Συνδυασμένος τύπος (Anastopoulos and Shaffer 2000) Μάλιστα τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης συνάδουν με τη διαπίστωση αυτή.

Επιπρόσθετα, σε κλινικά δείγματα, η ΔΕΠΥ-Συνδυασμένος τύπος αποτελεί τον επικρατέστερο τύπο (Anastopoulos and Shaffer 2000, Lahey et al 1994). Για τη ΔΕΠΥ με προεξέχοντα τον παρορμητικό/υπερκινητικό τύπο, υπάρχει γενικότερα η αντίληψη ότι το ποσοστό των παιδιών που εντάσσονται σε αυτή τη διαγνωστική κατηγορία είναι πάρα πολύ μικρό (Bayens et al 2006, Eiraldi et al 2000) και απαντάται συχνότερα σε παιδιά προσχολικής ηλικίας και πρώτης σχολικής ηλικίας.

Στη διεθνή μελέτη της διαταραχής ωστόσο, πεδίο έντονων αντιπαραθέσεων μεταξύ των ερευνητών, αποτελεί ο τρόπος υπολογισμού της κλινικά σημαντικής έκπτωσης της λειτουργικότητας του παιδιού, που είναι απαραίτητη για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ· και τούτο γιατί οι οδηγίες του DSM-IV είναι ασαφείς όσον αφορά τον προσδιορισμό της (Barkley 2003, Rowland et al 2001, Scahill and Schwab-Stone 2002, Skounti et al 2006) Μάλιστα ερωτηματολόγια που εκτιμούν την κλινική έκπτωση είναι ελάχιστα στον αριθμό και χρησιμοποιούνται σπανίως στην κλινική πράξη (Gordon et al 2006). Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα ο υπολογισμός της κλινικής έκπτωσης είτε να γίνεται με εμπειρικό και συνάμα υποκειμενικό τρόπο στην εκάστοτε μελέτη, είτε να μην επιχειρείται καθόλου (Gordon et al 2006).

Ο καθορισμός όμως της λειτουργικής έκπτωσης, επιδρά στον υπολογισμό του επιπολασμού της διαταραχής. Χαρακτηριστικά αναφέρεται μια μελέτη από τις ΗΠΑ, που ακολουθώντας αυστηρά τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV, βρήκε ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠΥ ήταν 16,1% στον παιδικό πληθυσμό. Όταν όμως οι ίδιοι ερευνητές χρησιμοποίησαν πολυεπίπεδη προσέγγιση για τον προσδιορισμό της κλινικής έκπτωσης της λειτουργικότητας, ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ έπεσε στο 6,8% (Wolraich et al 1998). Ομοίως στις μελέτες των Shaffer et al και Graetz et al, όταν υπολογίστηκε η κλινική έκπτωση της λειτουργικότητας στα παιδιά με ΔΕΠΥ, ο επιπολασμός της διαταραχής έπεσε από το 6.5% στο 5.1% και από το 7.5% στο 6.8% αντιστοίχως. Την επίδραση του υπολογισμού της λειτουργικής έκπτωσης στον επιπολασμό της ΔΕΠΥ υποστηρίζουν και οι μελέτες των Romano και Canino, στις οποίες ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ μειώθηκε από 4.9% σε 3.9% και 8.9% σε 8%

αντιστοίχως, όταν υπολογίστηκε η κλινική έκπτωση στα παιδιά με ΔΕΠΥ (Canino et al 2004, Romano et al 2001).

Η εκτίμηση της κλινικής έκπτωσης στη διάγνωση της διαταραχής διαδραματίζει σημαντικό ρόλο όχι μόνο στον υπολογισμό του επιπολασμού, αλλά για την επιλογή του βέλτιστου θεραπευτικού σχήματος, που θα στοχεύει στην αποκατάσταση της λειτουργικότητας του παιδιού (Bird et al 1992, Hodges 1993, Romano et al 2001). Αναμφίβολα, χρειάζονται νέες προσεγγίσεις και ερευνητικά δεδομένα, ώστε να καθοριστεί ένα κοινά αποδεκτό κριτήριο για την αξιολόγηση της λειτουργικής έκπτωσης (Skounti et al 2006).

Για την ανίχνευση της ΔΕΠΥ χρησιμοποιούνται διεθνώς κλίμακες αξιολόγησης συμπεριφοράς. Τέτοιες είναι η κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠΥ (ADHD rating scale) του DuPaul (1998), η κλίμακα ADHD-SCI4 των Gadow και Sprafkin (1997), η κλίμακα του της ΔΕΠΥ του Gilliam (1995), το ερωτηματολόγιο του Achebach (CBCL), η κλίμακα του Conner (1997) και άλλες. Οι κλίμακες αυτές παρέχουν τη δυνατότητα συλλογής πληροφοριών από ανθρώπους, που βρίσκονται κοντά στο παιδί σε διαφορετικά πλαίσια. Επικεντρώνονται επίσης σε διάφορες διαστάσεις της παιδικής ψυχοπαθολογίας, επιτρέπουν την ποσοτική διαβάθμιση ποιοτικά διαφορετικών πλευρών της συμπεριφοράς των παιδιών και προσφέρουν χρήσιμα στοιχεία για τη διάγνωση και για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπευτικής παρέμβασης (Barkley 1998, Κάκουρος και Μανιαδάκη 2000α). Οι δοκιμασίες ανίχνευσης της συμπεριφοράς, με τη χρήση κλιμάκων αξιολόγησης, όπως αυτές που χρησιμοποιήθηκαν και στην παρούσα μελέτη, ενδείκνυνται στην αρχική ανίχνευση των συμπτωμάτων της διαταραχής (Barkley 1998, Lerner 2003, Quin

1997). Επιπρόσθετα, όπως φαίνεται από τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η συμφωνία των ερωτηματολογίων γονιών κι εκπαιδευτικών μπορεί να προβλέψει την μετέπειτα διάγνωση της ΔΕΠΥ σε αρκετά ικανοποιητικό βαθμό.

Όπως προαναφέρθηκε, οι βαθμολογίες των κλιμάκων συμπεριφοράς δεν είναι διαγνωστικές, καθώς η διάγνωση της ΔΕΠΥ δε στηρίζεται αποκλειστικά στη συγκέντρωση ενός συνόλου βαθμών σε μια κλίμακα αξιολόγησης (Zametkin and Ernst 1999). Η διάγνωση της ΔΕΠΥ είναι κλινική γι αυτό και είναι θεμελιώδους σημασίας η χρήση πολλαπλών διαγνωστικών μεθόδων, όπως η συνέντευξη με τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και τα παιδιά, το ιατρικό-κοινωνικό-αναπτυξιακό ιστορικό, η κλινική παρατήρηση, και η νευροψυχολογική αξιολόγηση (Barkley 1998, Dulcan and Benson 1997, Greenhill 1998, Handler 2005, Zentall and Javorsky 1996).

Την τελευταία δεκαετία η διάγνωση της ΔΕΠΥ έχει αποτελέσει αντικείμενο πολλών μελετών, ωστόσο, λόγω της πολυπλοκότητας και της άγνωστης αιτιολογίας της διαταραχής, η έρευνα δεν έχει καταλήξει σε κάποιο συγκεκριμένο και κοινά αποδεκτό διαγνωστικό σχήμα. Οι τελευταίες κατευθύνσεις της έρευνας συγκλίνουν ωστόσο στην άποψη ότι η διαγνωστική προσέγγιση οφείλει ν' αντανακλά την αναπτυξιακή φύση και την πολυπλοκότητα της ΔΕΠΥ και στο ότι η διάγνωση πρέπει στηρίζεται στην κλινική εικόνα του παιδιού, η οποία ξεκινάει από νωρίς στη ζωή του και είναι παρούσα σε διαφορετικά πλαίσια, προκαλώντας κλινική έκπτωση στη λειτουργικότητα του στο σχολείο και στο σπίτι (Anastopoulos and Shelton 2001, Barkley 1990, Barkley 1998, Goldman 1998, Greenhill 1998, Handler 2005).

Τούτο σημαίνει ότι κατά τη διάγνωση της ΔΕΠΥ θα πρέπει να διερευνώνται όλοι οι αναπτυξιακοί, ιατρικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί και ακαδημαϊκοί παράγοντες που εμπλέκονται στην αναπτυξιακή πορεία της διαταραχής. Αυτό προϋποθέτει αφενός τη λήψη λεπτομερούς ιστορικού, αντίστοιχου με αυτού που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη, που να καλύπτει όλα τα προαναφερθέντα πεδία και αφετέρου την ύπαρξη ερωτηματολογίων που να διερευνούν τη ακαδημαϊκή, κοινωνική λειτουργικότητα και τη συμπεριφορά του παιδιού στο σχολείο.

Όπως αναφέρθηκε και στο εισαγωγικό μέρος, η διαφορική διάγνωση πρέπει να περιλαμβάνει ψυχιατρικές, αναπτυξιακές, ιατρικές και νευρολογικής φύσεως διαταραχές και να ερευνά αν αυτές είναι συνυπάρχουσες ή αποτελούν την αιτία εμφάνισης της συμπτωματολογίας της ΔΕΠΥ. Για αυτό πέραν της λήψης του ιστορικού του παιδιού, αναπόσπαστο κομμάτι της διαγνωστικής διαδικασίας, αποτελεί η κλινική αξιολόγηση του παιδιού από έμπειρο κλινικό-παιδοψυχίατρο. Η κλινική αξιολόγηση ως εκ τούτου, θα πρέπει να επικεντρώνεται στην διερεύνηση της ύπαρξης των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, στον αποκλεισμό ύπαρξης κάποιας άλλης διαταραχής, ψυχιατρικής, συναισθηματικής και μαθησιακής, στον έλεγχο των ελάσσονων νευρολογικών λειτουργιών (soft signs), της μνήμης και της μαθησιακής επίδοσης (Anastopoulos and Shelton 2001, Barkley 1990, Greenhill 1998). Στην παρούσα μελέτη, η κλινική αξιολόγηση των παιδιών, υλοποιήθηκε στηριζόμενη στους άξονες αυτούς και παρείχε σημαντικές πληροφορίες τόσο για τη διαφορική διάγνωση όσο και για την τελική διάγνωση της ΔΕΠΥ.

Αξίζει σε αυτό το σημείο να σημειωθεί ότι στη διεθνή μελέτη του συνδρόμου, υπάρχει έντονος προβληματισμός ως προς τον τρόπο της κλινικής εκτίμησης του

παιδιού κατά τη διαγνωστική διαδικασία. Μάλιστα, όπως φαίνεται και από τον Πίνακα 1, η μη ύπαρξη ενός κοινά αποδεκτού τρόπου υλοποίησης της κλινικής εξέτασης του παιδιού, έχει ως αποτέλεσμα, οι μελέτες που την επιχειρούν κατά τη διαγνωστική διαδικασία, να είναι ελάχιστες στον αριθμό. Αναμφίβολα χρειάζονται νέα ερευνητικά δεδομένα για αυτό το τόσο σημαντικό κομμάτι της διαγνωστικής διαδικασίας.

2.6 ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η παρούσα μελέτη διερεύνησε τον επιπολασμό της ΔΕΠΥ στο σύνολο μια ηλικίας παιδιών ενός δήμου της Ελλάδας, ωστόσο τα αποτελέσματά της δεν γενικεύονται κατ' ανάγκην σε ολόκληρο τον ελληνικό παιδικό πληθυσμό.

Ένα ακόμη σημαντικό πρόβλημα σε αυτού του είδους τις μελέτες είναι η έλλειψη στοιχείων για τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς, που δεν ανταποκρίνονται. Για τους γονείς τουλάχιστον θα ήταν εύλογη η υπόθεση ότι ανταποκρίθηκαν λιγότερο εκείνοι, που τα παιδιά τους δεν είχαν έντονες διαταραχές. Ένα ποσοστό των γονιών που δεν συμμετείχαν, έστειλε όντως γραπτά σημειώματα, αναφέροντας ότι δεν θεωρούσαν χρήσιμη τη μελέτη, καθώς τα παιδιά τους δεν εμφάνιζαν ανάλογα συμπτώματα της ΔΕΠΥ. Ωστόσο κάποιοι άλλοι γονείς μας ενημέρωσαν ότι φοβήθηκαν τον πιθανό στιγματισμό των παιδιών τους, καθώς αυτά παρουσίαζαν κάποια συμπτώματα της διαταραχής. Όπως φάνηκε από τα ερωτηματολόγια των εκπαιδευτικών, τα παιδιά αυτά παρουσίαζαν όντως κάποια συμπτώματα της ΔΕΠΥ, που όμως δεν ήταν αρκετά ώστε στοιχειοθετήσουν μια σαφή εικόνα της διαταραχής. Είναι πολύ λογικό άλλωστε, κάποιοι γονείς να δίστασαν να συνεργαστούν σε μια μελέτη που διερευνά μια διαταραχή άγνωστη σε αυτούς.

Ένας σημαντικός περιορισμός της μελέτης επιπλέον είναι ότι τα μισά από τα παιδιά που ανιχνεύτηκαν ως θετικά για την ύπαρξη της ΔΕΠΥ δεν προσήλθαν για κλινική εκτίμηση προς επιβεβαίωση της διαταραχής.

Επιπρόσθετα τα παιδιά που δεν παρουσίασαν συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ, δεν κλήθηκαν για κλινική αξιολόγηση κι ως εκ τούτου η αξιοπιστία του προσυμπτωματικού ελέγχου δεν δύναται να αξιολογηθεί.

Τέλος, ένας ακόμα περιορισμός της παρούσας μελέτης είναι ότι η παιδοψυχίατρος που υλοποίησε την κλινική αξιολόγηση γνώριζε ότι τα συγκεκριμένα παιδιά είχαν θετικό ανιχνευτικό έλεγχο για τη ΔΕΠΥ.

2.7 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Πολλοί ερευνητές θεωρούν ότι η συχνότητα της ΔΕΠΥ υπερεκτιμάται, ωστόσο στην πραγματικότητα μάλλον το πρόβλημα υποεκτιμάται (Greenhill 1998, Rowland et al 2001, Skounti et al 2006, Zametkin and Ernst 1999). Μάλιστα πολλές μελέτες έχουν αποδείξει ότι τα μισά από τα παιδιά που πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ-απρόσεκτος τύπος, παραπέμπονται για κλινική εκτίμηση (Baumgaertel et al 1995, Gaub and Carlson 1997, Weiss et al 2003). Πρέπει να τονιστεί ότι στο δικό μας πληθυσμό μόνο 2 από τα 84 παιδιά είχαν προγενέστερη διάγνωση της ΔΕΠΥ. Εξάλλου η διάσπαση προσοχής γίνεται έκδηλη πολύ αργότερα, όταν δηλαδή η σχολική εργασία γίνεται πιο δύσκολη και απαιτητική (McBurnett et al 1999), γι αυτό και πολλά παιδιά μένουν χωρίς διάγνωση και χωρίς τη βοήθεια που πραγματικά χρειάζονται (Rowland et al 2001, Skounti et al 2006). Όπως φάνηκε από την παρούσα μελέτη, ένας σωστός προσυμπτωματικός έλεγχος στα παιδιά της πρώτης ή της δευτέρας δημοτικού, μπορεί να είναι ευεργετικός για την έγκαιρη διάγνωση της ΔΕΠΥ.

Δεδομένου μάλιστα ότι από τα 42 παιδιά της μελέτης που είχαν ανιχνευτεί ως θετικά για ΔΕΠΥ, η διάγνωση επιβεβαιώθηκε στα 31 (74%), ενώ στα υπόλοιπα έντεκα η συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ οφειλόταν σε άλλες πρωτογενείς διαταραχές, η παρούσα μελέτη απέδειξε ότι θετική αξιολόγηση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ σε κλίμακες συμπεριφοράς από γονιούς και δασκάλους είναι ενδεικτική της ύπαρξης της διαταραχής. Ακόμα και αν δεν οδηγήσουν σε τελική διάγνωση της ΔΕΠΥ,

υποδηλώνουν καταστάσεις με σαφή συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ, οι οποίες χρήζουν κλινικής εκτίμησης.

Οι κλίμακες αξιολόγησης συμπεριφοράς αποτελούν το ιδανικό «πρώτο βήμα» στη διάγνωση της ΔΕΠΥ, ωστόσο η διάγνωση της διαταραχής είναι κλινική και πρέπει να στηρίζεται στη χρήση πολλαπλών διαγνωστικών μεθόδων, συμπεριλαμβανομένων της συνέντευξης των γονιών, δασκάλων, παιδιών αλλά και της κλινικής εκτίμησης του παιδιού από παιδοψυχίατρο.

Επιπρόσθετα, η διάγνωση της ΔΕΠΥ θα πρέπει να αντανακλά την αναπτυξιακή φύση της διαταραχής και ως εκ τούτου θα πρέπει να διερευνώνται όλοι οι ιατρικοί, οικογενειακοί, κοινωνικοί και ακαδημαϊκοί παράγοντες που εμπλέκονται στην αναπτυξιακή πορεία της διαταραχής.

Εν κατακλείδι, τα ευρήματα της παρούσας μελέτης, που ακολούθησε μια έγκριτη μεθοδολογία, ανέδειξε για παιδιά της Ελλάδας συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠΥ, ανάλογη με εκείνη άλλων χωρών, ενώ επιπρόσθετα επαληθεύουν την διαπίστωση ότι ο *ΔΕΠΥ- Συνδυασμένος τύπος* αποτελεί την επικρατέστερη διαγνωστική κατηγορία για τα παιδιά ηλικίας 8-10 ετών.

Κοντολογίς, παρόλα τα πιθανά μειονεκτήματα τους, οι ανιχνευτικές και κλινικές μελέτες για τη ΔΕΠΥ είναι και εφικτές και χρήσιμες, καθώς παρέχουν σημαντική γνώση για την κατανόηση του επιπολασμού και των ομάδων υψηλού κινδύνου και καθώς επιτρέπουν την έγκαιρη διάγνωση και θεραπεία και συνεπώς την καλή πρόγνωση της διαταραχής.

ΑΓΓΛΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Achenbach TM. Integrative guide for 1991 CBCL/4-18 YSR and TRF profiles. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.
2. Almqvist E, Puura K, Kumpulainen K, Tuompo-Johansson E, Henttonen I, Huikko E, Linna S, Ikaheimo K, Aronen E, Katainen S, Piha J, Moilanen I, Rasamen E, Tamminen T. Psychiatric disorders in 8-9-year-old children based on diagnostic interview with the parents. Eur Child Adolesc Psychiatry 1999; 8 Suppl.4: 17-28.
3. Amador-Campos JA, Forns-Santacana M, Guardia-Olmos J, Pero-Cebollero M. DSM-IV Attention defict hyperactivity disorder symptoms: Agreement between informants in prevalence and factor structure at different ages. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment 2006; 28: 23-32
4. American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: Diagnosis and Evaluation of child with Attention deficit hyperactivity disorder. Pediatrics 2000; 105: 1158-1169.
5. American Psychiatric Association. AACAP Official Action. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36:1311-7.

6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 2nd edition (DSM-II). Washington, DC: Author; 1968.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edition (DSM-III). Washington, DC: Author; 1980.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd edition revised (DSM-III-R). Washington, DC: Author; 1987.
9. American Psychiatric Association. The Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, 4th edition (DSM-IV). Washington, DC: Author; 1994.
10. Anastopoulos AD, Shaffer S. Attention deficit/hyperactivity disorder. In: Walker CE, Roberts MC. Handbook of clinical child psychology. New York: John Wiley&Sons,Inc, 2000.
11. Anastopoulos AD, Shelton TL. Assessing attention deficit/ hyperactivity disorder. New York: Kluwer Academic/Plenum Press, 2001
12. Andres MA, Catala MA, Gomez-Beneyto M. Prevalence, comorbidity, risk factors and service utilisation of disruptive behaviour disorders in a community sample of children in Valencia (Spain).Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1999; 34:175-9.
13. Armitage P, Berry G. Statistical Methods in Medical Research. 2nd edition. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1987.

14. Baeyens D, Roeyers H, Walle JV. Subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): distinct or related disorders across measurement levels. Child Psychiatry Hum Dev 2006; 36:403-17.

15. Barkley A. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Mash E, Terdal G. Assessment of childhood disorders. New York: The Guilford Press, 1997; 71-128.

16. Barkley A. Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. USA: The Guilford Press, 1998.

17. Barkley R A. Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in children. Brain Dev 2003; 25: 77-83.

18. Barkley RA, Fischer M, Edelbrock CS, Smallish L. The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria: I. An 8-year prospective follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990; 29: 546-57.

19. Barkley RA, Murphy KR, Kwasnik D. Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. Pediatrics 1996; 98 :1089-95.

20. Baumgaertel A, Wolraich ML, Dietrich M. Comparison of diagnostic criteria for attention deficit disorders in a German elementary school sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34: 629-638.

21. Bener A, Qahtani RA, Abdelaal I. The prevalence of ADHD among primary school children in an Arabian society. J Atten Disord 2006;10: 77-82.

22. Benjasuwantep B, Ruangdaraganon N, Visudhiphan P. Prevalence and clinical characteristics of attention deficit hyperactivity disorder among primary school students in Bangkok. J Med Assoc Thai 2002; 85 Suppl 4:S1232-40.

23. Biederman J. Advancing the neuroscience of ADHD. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. Biol Psych 2005; 57: 1215-1220.

24. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. Lancet 2005; 366: 237-248.

25. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Knee D, Tsuang MT. Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990 ;29: 526-33.

26. Biederman J, Faraone SV, Keenan K, Steingard R, Tsuang MT. Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. Am J Psychiatry 1991; 148:251-6.

27. Biederman J, Faraone SV, Mick E, Spencer T, Wilens T, Kiely K, Guite J, Ablon JS, Reed E, Warburton R. High risk for attention deficit hyperactivity disorder among children of parents with childhood onset of the disorder: a pilot study. Am J Psychiatry 1995; 152:431-5.

28. Biederman J, Faraone SV, Taylor A, Sienna M, Williamson S, Fine C. Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37: 305-13.

29. Biederman J, Keenan K, Faraone SV. Parent-based diagnosis of attention deficit disorder predicts a diagnosis based on teacher report. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1990; 29:698-701.

30. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. Am J Psychiatry 2000; 157:816-8

31. Bird HR, Gould MS, Staghezza B. Aggregating data from multiple informants in child psychiatry epidemiological research. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992; 31:78-85.

32. Breton JJ, Bergeron L, Valla JP, Berthiaume C, Gaudet N, Lambert J, St-Georges M, Houde L, Lepine S. Quebec child mental health survey: prevalence of DSM-III-R mental health disorders. J Child Psychol Psychiatry 1999; 40:375-84.

33. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, Chavez L, Alegria M, Bauermeister JJ, Hohmann A, Ribera J, Garcia P, Martinez-Taboas A. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. Arch Gen Psychiatry 2004; 61:85-93.

34. Cantwell D P, Baker L. Attention Deficit Disorder with and without hyperactivity: A review and comparison of matched groups. J Am Acad child Adolesc Psychiatry 1992; 31: 432-438.

35. Cantwell DP. Attention deficit disorder: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35: 978-87.

36. Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, Rojas M, Brook J, Streuning EL. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence. J Child Psychol Psychiatry 1993; 34: 851-67.

37. Collett BR, Ohan JL, Myers KM. Ten-year review of rating scales. V: scales assessing attention-deficit/hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42: 1015-1037.

38. Conners CK. Conners' Rating Scales-Revised: technical manual. Toronto, Ontario, Canada: Multi Health Systems, 1997.

39. Cook EH Jr, Stein MA, Krasowski MD, Cox NJ, Olkon DM, Kieffer JE, Leventhal BL. Association of attention-deficit disorder and the dopamine transporter gene. Am J Hum Genet 1995; 56: 993-8.

40. Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry 2003; 60:837-44.

41. Cuffe SP, Moore CG, McKeown RE. Prevalence and correlates of ADHD symptoms in the national health interview survey. J Atten Disord 2005; 9:392-401.

42. Dulcan MK, Benson RS. AACAP Official Action. Summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36: 1311-7.

43. Dupaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Reid R. ADHD Rating scale-IV: Checklists, norms, and clinical interpretations. New York: The Guilford Press, 1998.

44. Eiraldi RB, Power TJ, Karustis JL, Goldstein SG. Assessing ADHD and comorbid disorders in children: the Child Behavior Checklist and the Devereux Scales of Mental Disorders. J Clin Child Psychol 2000; 29: 3-16.

45. Elia J, Ambrosini PJ, Rapoport JL. Treatment of attention-deficit-hyperactivity disorder. N Engl J Med 1999; 340 : 780-8.

46. Epstein JN, March JS, Conners CK, Jackson DL. Racial differences on the Conners Teacher Rating Scale. J Abnorm Child Psychol 1998; 26: 109-18.

47. Ersan EE, Dogan O, Dogan S, Somer H. The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004; 13: 354-361.

48. Faraone SV, Doyle AE, Mick E, Biederman J. Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine D(4) receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 2001;158:1052-7.

49. Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? World Psychiatry 2003; 2: 104-113.

50. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT. Prevalence and comorbidity of DSM-III-R diagnoses in a birth cohort of 15 year olds. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32: 1127-34.

51. Ford T, Goodman R, Meltzer H. The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: The Prevalence of DSM-IV disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42:1203-11.

52. Fowler M. Attention deficit hyperactivity disorder briefing paper: NICHCY; 2002: FS14, 3rd Ed.

53. Gadow KD, Sprafkin J. Child Symptom Inventory 4: Norms manual. New York: Checkmate Plus, 1997.

54. Gallucci F, Bird HR, Berardi C, Gallai V, Pfanner P, Weinberg A. Symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder in an Italian school sample: findings of a pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1993; 32:1051-1058

55. Gaub M, Carlson C. Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. J Abnorm Child Psychol 1997; 25: 103-111.

56. Gilliam JE. Attention deficit hyperactivity disorder test. A method for identifying individuals with ADHD. Examiner's manual. Austin Texas: PRO-ED; 1995.

57. Gimpel GA, Kuhn BR. Maternal report of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in preschool children. Child Care Health Dev 2000; 26:163-76; discussion 176-9

58. Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention deicit-hyperactivity disorder in children and adolescents. JAMA 1998; 279: 1100-1108.

59. Gomez R, Harvey J, Quick C, Scharer I, Harris G. DSM-IV AD/HD: confirmatory factor models, prevalence, and gender and age differences based on parent and teacher ratings of Australian primary school children. J Child Psychol Psychiatry 1999; 40:265-74.

60. Gomez-Beneyto M, Bonet A, Catala MA, Puche E, Vila V. Prevalence of mental disorders among children in Valencia, Spain. Acta Psychiatr Scand 1994; 89:352-7.

61. Gordon M, Antshel K, Faraone S, Barkley R, Lewandowski L, Hudziak JJ, Biederman J, Cunningham C. Symptoms versus impairment: the case for respecting DSM-IV's Criterion D. J Atten Disord 2006; 9: 465-75.

62. Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL, Arney F, Baghurst P. Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40: 1410-7.

63. Greenhill LL. Diagnosing attention-deficit/hyperactivity disorder in children. J Clin Psychiatry 1998; 59 Suppl 7:31-41.

64. Handler MW, DuPaul GJ. Assessment of ADHD: differences across psychology specialty areas. J Atten Disord 2005; 9: 402-12.

65. Harris JC. Developmental neuropsychiatry: Assessment, diagnosis and treatment of developmental disorders. New York: Oxford University Press, 1995.

66. Hart EL, Lahey BB, Loeber R, Applegate B, Frick PJ. Developmental change in attention-deficit hyperactivity disorder in boys: a four-year longitudinal study. J Abnorm Child Psychol 1995; 23: 729-49

67. Hill JC, Schoener EP. Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 1996; 153: 1143-6.

68. Hinshaw, S. Attention deficits and hyperactivity in children. New York: Sage publications, 1994.

69. Hodges K. Structured interviews for assessing children. J Child Psychol Psychiatry 1993; 34: 49-68.

70. Hudziak JJ, Heath AC, Madden PF, Reich W, Bucholz KK, Slutske W, Bierut LJ, Neuman RJ, Todd RD. Latent class and factor analysis of DSM-IV ADHD: a twin study of female adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1998; 37:848-57.

71. Jensen PS, Watanabe HK, Richters JE, Cortes R, Roper M, Liu S. Prevalence of mental disorder in military children and adolescents: findings from a two-stage community survey. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1995; 34:1514-24.

72. Johnson J H, O ' Hare E A. Comorbidity in Attention deficit hyperactivity disorder. In: Bernad M. Consensus in Child neurology: Attention deficit hyperactivity disorder, 1998: 11-15.

73. Kadesjo B, Gillberg C. The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. J Child Psychol Psychiatry 2001; 42 : 487-92.

74. Kanbayashi Y, Nakata Y, Fujii K, Kita M, Wada K. ADHD-related behaviour among non-referred children: parents' ratings of DSM-III-R symptoms. Child Psychiatry Hum Dev 1994; 25: 13-29

75. Kumpulainen K, Rasanen E, Henttonen I, Moilanen I, Piha J, Puura K, Tamminen T, Almqvist F. Children's behavioural/emotional problems: a comparison of parents' and teachers' reports for elementary school-aged children. Eur Child Adolesc Psychiatry 1999; 8 Suppl 4: 41-7.

76. Lahey BB, Applegate B, McBurnett K, Biederman J, Greenhill L, Hynd GW, Barkley RA, Newcorn J, Jensen P, Richters J, et al. DSM-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents.Am J Psychiatry 1994;151:1673-85.

77. Landgren M, Pettersson R, Kjellman B, Gillberg C. ADHD, DAMP and other neurodevelopmental/psychiatric disorders in 6-year-old children: epidemiology and co-morbidity. Dev Med Child Neurol 1996; 38: 891-906.

78. Lerner J. Learning disabilities. Boston: Houghton Mifflin Company, 2003.

79. Lerner J. Learning disabilities: Theories, diagnosis and treatment strategies. Boston: Houghton Mifflin Company, 1993.

80. Magnusson P, Smari J, Gretarsdottir H, Prandardottir H. Attention-Deficit/Hyperactivity symptoms in Icelandic schoolchildren: assessment

with the Attention Deficit/Hyperactivity Rating Scale-IV. Scand J Psychol 1999; 40:301-6.

81. Mann EM, Ikeda Y, Mueller CW, Takahashi A, Tao KT, Humris E, Li BL, Chin D. Cross-cultural differences in rating hyperactive-disruptive behaviors in children. Am J Psychiatry 1992; 149: 1539-42.

82. Mannuzza S, Klein RG, Bonagura N, Malloy P, Giampino TL, Addalli KA. Hyperactive boys almost grown up. V. Replication of psychiatric status. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 77-83.

83. Marshall RM, Schafer VA, O'Donnell L, Elliott J, Handwerk ML. Arithmetic disabilities and ADD subtypes: implications for DSM-IV. J Learn Disabil 1999; 32: 239-47.

84. Montiel-Nava C, Pena JA, Lopez M, Salas M, Zurga JR, Montiel-Barbero I, Pirela D, Cardozo JJ. Estimations of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in Marabino children. Rev Neurol 2002; 35:1019-24. [In Spanish]

85. Morrison J. Coping with ADD/ADHD. USA: The Rosen Publishing group, 1996.

86. Newcombe RG. Interval Estimation for the Difference Between Independent Proportions: Comparison of Eleven Methods. Statistics in Medicine 1998; 17:873-890.

87. Nolan EE, Gadow KD, Sprafkin J. Teacher reports of DSM-IV ADHD, ODD, and CD symptoms in schoolchildren. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001; 40 :241-9.

88. Overmeyer S, Taylor E. Annotation: Principles of treatment for hyperkinetic disorder: practice approaches for the U.K. J Child Psychol Psychiatry 1999; 40:1147-57.

89. Parker H C. The ADD hyperactivity handbook for schools. USA: Impact publications,1992.

90. Pauls DL. Genetic factors in the expression of attention deficit hyperactivity disorder. J Child Adolesc Psychoph 1991; 1 : 353-360.

91. Pelham WE Jr, Gnagy EM, Greenslade KE, Milich R. Teacher ratings of DSM-III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992; 3:210-8.

92. Pineda DA, Lopera F, Palacio JD, Ramirez D, Henao GC. Prevalence estimations of attention-deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a Colombian sample. Int J Neurosci 2003; 113 : 49-71.

93. Pitcher TM, Piek JP, Hay DA. Fine and gross motor ability in males with ADHD. Dev Med Child Neurol 2003; 45: 525-35.

94. Quin P Q. Attention deficit disorder: Diagnosis and treatment from infancy to adulthood. N. York: Brunner/Mazel publications,1997.

95. Reid R, DuPaul GJ, Power TJ, Anastopoulos AD, Rogers-Adkinson D, Noll MB, Riccio C. Assessing culturally different students for attention deficit hyperactivity disorder using behavior rating scales. J Abnorm Child Psychol 1998; 26: 187-98.

96. Rohde LA, Biederman J, Busnello EA, Zimmermann H, Schmitz M, Martins S, Tramontina S. ADHD in a school spample of Brazialian adolescents: A study of prevalence, comorbid conditions, and impairments. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38: 716-722.

97. Romano E, Tremblay RE, Vitaro F, Zoccolillo M, Pagani L. Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: findings from an adolescent community sample. J Child Psychol Psychiatry 2001; 42: 451-61.

98. Rowland AS, Lesesne CA, Abramovitz AJ: The epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. Ment Retard Dev Disbil Res Rev 2002; 8: 162-170.

99. Rowland AS, Umbach DM, Catoe KE, Stallone L, Long S, Rabiner D, Naftel AJ, Panke D, Faulk R, Sandler DP. Studying the epidemiology of attention-deficit hyperactivity disorder: screening method and pilot results. Can J Psychiatry 2001; 46:931-40.

100. Scahill L, Schwab-Stone M. Epidemiology of ADHD in school-age children. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am 2000; 9: 541-55.

101. Sermud- Clikeman M et al. Comorbidity between ADDH and Learning Disability: A review and report in clinically referred sample. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1992; 31: 439-447.

102. Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino G, Regier DA. The

NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35:865-77.

103. Sieg KG, Gaffney GR, Preston DF, Hellings JA. SPECT brain imaging abnormalities in attention deficit hyperactivity disorder. Clin Nucl Med 1995; 20:55-60.

104. Simonoff E, Pickles A, Meyer JM, Silberg JL, Maes HH, Loeber R, Rutter M, Hewitt JK, Eaves LJ (1997) The Virginia Twin Study of Adolescent Behavioral Development. Influences of age, sex, and impairment on rates of disorder. Arch Gen Psychiatry 54:801-8

105. Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. Eur J Pediatr 2006; DOI 10.1007/s00431-006-0299-5.

106. Skounti M, Philalithis A, Mpitzaraki K, Vamvoukas M Galanakis E. Attention deficit hyperactivity disorder in schoolchildren in Crete. Acta Paed 2006; 95: 658-663.

107. Sugawara M, Mukai T, Kitamura T, Toda MA, Shima S, Tomoda A, Koizumi T, Watanabe K, Ando A. Psychiatric disorders among Japanese children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1999; 38:444-52.

108. Swanson JM, Sergeant JA, Taylor E, Sonuga-Barke EJS, Jensen PS, Cantwell DP. Attention-deficit hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder. Lancet 1998; 351: 429-33.

109. Tannock R. ADHD: Advances in cognitive, neurobiological and genetic research. J Child Psychol Psychiatry 1998; 39:65-99.

110. Tervo RC, Azuma S, Fogas B, Fiechtner H. Children with ADHD and motor dysfunction compared with children with ADHD only. Dev Med Child Neurol 2002; 44: 383-90.

111. USA Department of Education. Attention deficit disorder: Adding up the facts. Washigton DC, 1994.

112. Verhulst FC, van der Ende J, Ferdinand RF, Kasius MC. The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. Arch Gen Psychiatry 1997; 54:329-36.

113. Wang YC, Chong MY, Chou WJ, Yang JL. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder in primary school children in Taiwan. J Formos Med Assoc 1993; 92:133-8.

114. Waslick B, Greenhill L. Attention deficit/hyperactivity disorder. In: Wiener J. Textbook of child and adolescent psychiatry. American Psychiatric Press, 1997.

115. Weiss M, Worling D, Wasdell M. A chart review study of the inattentive and combined types of ADHD. J Atten Disord 2003; 7: 1-9.

116. World Health Organization. International Classification of Diseases (9th ed). Geneva: Author, 1978.

117. World Health Organization. International Classification of Diseases (10th ed). Geneva: Author, 1990.

118. Wolraich ML, Baumgaertel A. The practical aspects of diagnosing and managing children with attention deficit hyperactivity disorder.Clin Pediatr (Phila) 1997; 36: 497-504.

119. Wolraich ML, Hannah JN, Baumgaertel A, Feurer ID. Examination of DSM-IV criteria for attention deficit/hyperactivity disorder in a county-wide sample. J Dev Behav Pediatr 1998; 19:162-8.

120. Wolraich ML, Hannah JN, Pinnock TY, Baumgaertel A, Brown J. Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1996; 35:319-24.

121. Zametkin AJ, Ernst M. Problems in the management of attention-deficit-hyperactivity disorder. N Engl J Med 1999; 340:40-46.

122. Zentall SS, Javorsky J. Functional and clinical assessment of AD/HD: Implications of DSM-IV in the schools. J Psychoeducational Assessment 1996; 22-41.

123. Zohar AH, Ratzoni G, Pauls DL, Apter A, Bleich A, Kron S, Rappaport M, Weizman A, Cohen DJ. An epidemiological study of obsessive-compulsive disorder and related disorders in Israeli adolescents.J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1992; 31:1057-61.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Achenbach TM, Rescorla LA. Εγχειρίδιο για τα ερωτηματολόγια και προφίλ σχολικής ηλικίας του ΣΑΕΒΑ. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2003.
2. Eisert HG. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα και σχολική απόδοση. Το παιδί με ΔΕΠΥ σαν μαθητής που μειονεκτεί στην τάξη. Στο Παιδοψυχιατρική Εταιρία Ελλάδος: Πεπραγμένα Συμποσίου: Παιδιά με υπερκινητικό σύνδρομο και διαταραχές διαγωγής. Πρόκληση για τους ειδικούς και το σχολείο. Αθήνα: *Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδας*,1992.
3. Neuhaus G. Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα,1999.
4. Stainhausen H. Υπερκινητκές διαταραχές. Στο *Παιδοψυχιατρική Εταιρία Ελλάδος*: Πεπραγμένα Συμποσίου: Παιδιά με υπερκινητικό σύνδρομο και διαταραχές διαγωγής. Πρόκληση για τους ειδικούς και το σχολείο. Αθήνα: Παιδοψυχιατρική Εταιρεία Ελλάδας,1992.
5. Κάκουρος Ε, Μανιαδάκη Κ. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα. Αθήνα: Ελληνικά γράμματα, 2000.
6. Κάκουρος Ε, Μανιαδάκη Κ. Δυνατότητες ανίχνευσης της Διαταραχής Ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας στο νηπιαγωγείο και η αναγκαιότητα της συμβουλευτικής. Στο *Επιθεώρηση Συμβουλευτικής και Προσανατολισμού* 2000, 52-53, 103-117.
7. Κάκουρος Ε, Μανιαδάκη Κ. Ψυχοπαθολογία παιδιών και Εφήβων. Αθήνα: Τυποθήτω,2002.

8. Λαζαράτου Ε, Αναγνωστόπουλος Δ. Διαταραχές πρώιμης έναρξης. Στο Χριστοδούλου Γ Ν. Ψυχιατρική (τομ.β). Αθήνα : Εκδόσεις Βήτα, 2000: 644-658.

9. Λιβανίου Ε. Μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς στη κανονική τάξη. Αθήνα: Κέδρος,2004.

10. Μανιαδάκη Κ. Η επίδραση της ΔΕΠΥ στη μάθηση και τη συμπεριφορά. Στο Κάκουρος Ε. Το υπερινητικό παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2001.

11. World Health Organization. Ταξινόμηση ICD-10 ψυχικών διαταραχών και διαταραχών της συμπεριφοράς. Βήτα Ιατρικές εκδόσεις, 1993.

12. Ρούσσου Α. Η διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής. Στο Τσιάντη Γ, Μανωλόπουλο Γ. Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής. Αθήνα: Καστανιώτης, 1998;2(1):51-66.

13. Συρίγου-Παπαβασιλείου Α. Νευρολογικά ευρήματα και φαρμακευτική αγωγή της ΔΕΠ-Υ. Στο Κάκουρος Ε. Το υπερκινητικό παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα, 2001.

14. Τζενάκη Μ, Καρακωνσταντάκη Ε, Λιναρδάκης Μ, Μιχελογιάννης Σ. Ο ρόλος του Παιδιάτρου στην ανίχνευση του συνδρόμου ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα. Παιδιατρική 2002; 452-462.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α. ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Παράρτημα Α1. Ερωτηματολόγιο Υπερκινητικού Συνδρόμου

Κωδικός Μελέτης **……..**

Αγαπητοί γονείς,

Θέλουμε τη βοήθειά σας σχετικά με ένα ανιχνευτικό πρόγραμμα για τη διάγνωση των παιδιών που εμφανίζουν ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα, μια κατάσταση που είναι συνήθως γνωστή ως «Υπερκινητικό Σύνδρομο». Πρόκειται για μια συμπεριφορά που δεν επηρεάζει σημαντικά την υγεία και την επίδοση του παιδιού, δεν παύει όμως να χρειάζεται αυξημένη φροντίδα.

Η διάγνωση γίνεται κυρίως με απλά ερωτηματολόγια, ένα από τα οποία καλείστε να συμπληρώσετε. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου θα σας πάρει 10-15 λεπτά. Η επεξεργασία όλων των στοιχείων θα είναι ανώνυμη και τα αποτελέσματα της έρευνας θα σας γίνουν γνωστά.

Το ανιχνευτικό αυτό πρόγραμμα έχει εγκριθεί από το Υπουργείο Παιδείας και από την αρμόδια επιτροπή του Πανεπιστημίου Κρήτης. Ελπίζουμε πως θα μας βοηθήσετε στην ανίχνευση αυτή και σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων.

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΥ ΣΥΝΔΡΟΜΟΥ

Αυτό το έντυπο συμπληρώθηκε από : _____

Σχέση με το παιδί : _____

Ημερομηνία συμπλήρωσης εντύπου: _____ _____
έτος **μήνας**

Ημερομηνία γέννησης παιδιού: _____ _____
έτος **μήνας**

Ηλικία παιδιού : _____ _____
έτος **μήνας**

Βαθμολογείστε σημειώνοντας Χ στο αντίστοιχο τετραγωνάκι ως εξής:

0 = δεν ισχύει 1 = ισχύει λίγο 2 = ισχύει πολύ

Α. ΥΠΟΤΕΣΤ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

	ΕΡΩΤΗΜΑ	0	1	2
1	Είναι "φωνακλάς"			
2	Συνέχεια "υπ' ατμόν"			
3	Υπερβολικό τρέξιμο, πήδημα, σκαρφάλωμα			
4	Στριφογυρίζει όταν κάθεται			
5	Ερεθίζεται εύκολα			
6	Αρπάζει πράγματα			
7	Μιλά πολύ			
8	Δυσκολεύεται να μείνει καθισμένος			
9	Παιζει συνέχεια με τα χέρια του αντικείμενα			
10	Δεν μπορεί να παίζει ήσυχα			
11	Παρουσιάζει νευρικότητα			
12	Είναι αεικίνητος			
13	Στριφογυρίζει συνέχεια			

ΣΚΟΡ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

Β. ΥΠΟΤΕΣΤ ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

	ΕΡΩΤΗΜΑ	0	1	2
14	Δρα πριν να σκεφτεί			
15	Μεταπηδά από τη μια δραστηριότητα στην άλλη			
16	Αδυνατεί να περιμένει τη σειρά του			
17	Δυσκολεύεται να περιμένει σε σειρά			
18	"Πετάγεται ξαφνικά" για να δώσει απαντήσεις			
19	Είναι ορμητικός/η			
20	Διακόπτει συζητήσεις			
21	Παρεμβαίνει σε συζητήσεις-δράσεις άλλων			
22	Δεν περιμένει οδηγίες			
23	Δεν καταφέρνει ν' ακολουθήσει κανόνες παιχνιδιού			

ΣΚΟΡ ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ

C. ΥΠΟΤΕΣΤ ΑΤΕΛΟΥΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

	ΕΡΩΤΗΜΑ	0	1	2
24	Πτωχή συγκέντρωση			
25	Δεν τα καταφέρνει να τελειώσει κάτι που κάνει			
26	Αποδιοργανωμένος / η			
27	Πτωχή ικανότητα για να προγραμματίζει (να κάνει πλάνα)			
28	Σαν να "απουσιάζει" με τη σκέψη(αφηρημένος/η)			
29	Απρόσεκτος			
30	Δυσκολεύεται να ακολουθήσει οδηγίες			
31	Μικρή διάρκεια προσοχής			
32	Διασπάται εύκολα			
33	Δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσχή του/ της			
34	Δυσκολεύεται στο να παραμείνει στο έργο που κάνει			
35	Δυσκολεύεται στο να τελειώσει ένα έργο			
36	Χάνει συχνά πράγματα			

ΣΚΟΡ ΑΤΕΛΟΥΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ

ΣΥΜΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

1. **Παρουσιάζονται έξι ή περισσότερα συμπτώματα ατελούς προσοχής είτε έξι ή περισσότερα συμπτώματα υπερκινητικότητας ή παρορμητικότητας από αυτά που αναφέρονται στα ερωτήματα;**

   _____

2. **Παρουσιάζονται οι παραπάνω διαταραχές σε διαφορετικά περιβάλλοντα;**

   _____

   _____

3. **Παρουσιάζονται τα ενοχλήματα σταθερά πιο συχνά σε σχέση με άλλα άτομα της ίδιας νοητικής ηλικίας;**

   _____

4. **Προϋπήρχαν τα προβλήματα αυτά για τουλάχιστον 6 μήνες;**

   _____

5. **Παρουσιάστηκαν οι διαταραχές αυτές πριν από την ηλικία των 7 ετών;**

   _____

6. **Έχει επηρεασθεί η συμπεριφορά και η επίδοση στο σπίτι και στο σχολείο;**

   _____

   _____

7. **Συνυπάρχουν άλλα αίτια που θα μπορούσαν να είναι αιτία των διαταραχών της συμπεριφοράς; Εάν ναι, ποια είναι αυτά τα αίτια;**

   _____

   _____

8. **Ποια άλλη εκτίμηση – διάγνωση προϋπάρχει;**

   _____

   _____

9. **Έχουν γίνει προσπάθειες, προηγούμενα, για αντιμετώπιση των προβλημάτων;**

   _____

   _____

10. **Υπάρχουν ενδεχόμενα επί πλέον πληροφορίες που μας ενδιαφέρουν;**

   _____

   _____

Παράρτημα Α2. Ερωτηματολόγιο εκπαιδευτικού

Σχολείο……. Τάξη…… Τηλέφωνο…….

Κωδικός μαθητή……

Παρακαλούμε βαθμολογήστε την επίδοση του μαθητή/τριας.
Βαθμοί (Α-Δ)
Μαθηματικά…… Γλώσσα ……. Φυσικά …….

Βαθμολογείτε, σημειώνοντας Χ στο αντίστοιχο τεραγωνάκι ως εξής:

[0 = Ποτέ, 1 = σχεδόν ποτέ 2 = κάποιες φορές 3 = πολλές φορές]

ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΑΝΤΙΛΗΨΗ		**0**	**1**	**2**	**3**
1	Δεν ακολουθεί προφορικές οδηγίες				
2	Δεν αντιλαμβάνεται τη συζήτηση στη σχολική τάξη.				
3	Δεν μπορεί να συγκρατήσει ό,τι ακούει στο μάθημα				
4	Δεν αντιλαμβάνεται την σημασία των λέξεων.				
ΠΡΟΦΟΡΙΚΟΣ ΛΟΓΟΣ					
5.	Η έκφραση του δεν είναι πλήρης και ακριβής				
6.	Το λεξιλόγιο του είναι φτωχό.				
7.	Δεν θυμάται λέξεις.				
8.	Δεν μπορεί να συσχετίζει εμπειρίες.				
9.	Δεν έχει την ικανότητα να διαμορφώνει ιδέες.				
ΠΡΟΣΑΝΑΤΟΛΙΣΜΟΣ					
10	Δεν προσανατολίζεται γρήγορα.				
11	Δεν προσανατολίζεται εύκολα στο χώρο.				
12	Δεν εκτιμά εύκολα μεγέθη, όπως πχ την απόσταση.				
13	Δεν μαθαίνει εύκολα κατευθύνσεις.				
ΓΕΝΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ					
14	Δεν συνεργάζεται				
15	Δεν προσέχει στο μάθημα.				
16	Είναι αποδιοργανωμένος/η, δεν μπορεί να προγραμματίζει				
17	Δεν έχει την ικανότητα να αντεπεξέρχεται σε νέες καταστάσεις.				
18	Δεν είναι κοινωνικά αποδεκτός/η (από τους συμμαθητές του/της)				
19	Δεν αναλαμβάνει με υπευθυνότητα υποχρεώσεις.				
20	Δεν εκτελεί ότι του/της ανατίθεται				
21	Δεν τον/την διακρίνει λεπτότητα στη συμπεριφορά.				
ΚΙΝΗΤΙΚΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ					
22	Οι κινήσεις του/της δεν είναι συντονισμένες				
23	Δεν τον/την διακρίνει ισορροπία στο βάδισμα.				
24	Δεν τον/την διακρίνει δεξιοτεχνία, δυσκολεύεται στη ζωγραφική.				
25	Έχει δυσκολία στη γραφή γραμμάτων και αριθμών, παρατηρείται κακογραφία.				
26	Είναι άτσαλος/η, δυσκολεύεται να τακτοποιήσει τα πράγματα του/της				
27	Δεν μπορεί να γράψει γράμματα ή αριθμούς σε περιορισμένο χώρο.				

ΔΙΑΣΠΑΣΗ ΠΡΟΣΟΧΗΣ		0	1	2	3
28	Μικρή διάρκεια προσοχής				
29	Δεν τα καταφέρνει να τελειώσει κάτι που κάνει				
30	Δυσκολεύεται να παραμείνει στο έργο που κάνει.				
31	Δυσκολεύεται να ακολουθήσει οδηγίες.				
32	Διασπάται εύκολα				
ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ-ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑ					
33	Υπερβολικό τρέξιμο, πήδημα σκαρφάλωμα.				
34	Δεν μπορεί να παραμείνει καθισμένος/η (στριφογυρίζει συνέχεια, είναι αεικίνητος)				
35	Παρουσιάζει νευρικότητα, ερεθίζεται εύκολα.				
36	Μιλά πολύ.				
37	Δρα πριν να σκεφτεί				
38	Διακόπτει συζητήσει- δράσεις άλλων				
39	Δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του.				
40	Δεν καταφέρνει να ακολουθήσει κανόνες παιχνιδιού.				
41	Μεταπηδά από τη μια δραστηριότητα στην άλλη.				
ΟΠΤΙΚΟΚΙΝΗΤΙΚΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ					
42	Δυσκολεύεται χωροταξικά στο φύλλο χαρτιού που εργάζεται.				
43	Δυσκολεύεται σε συμμετρίες ή αναστροφές (διάκριση μεταξύ 6 και 9, ε και 3, 2 και 5, ρ και 9 κ.τ.λ.)				
44	Δυσκολεύεται να γράψει στο χαρτί μια ευθεία γραμμή.				
45	Δυσκολεύεται σε μαθηματικά προβλήματα όταν πρέπει να εργασθεί στο χώρο πχ. Πρόσθεσης-αφαίρεσης, τακτοποίηση αριθμών σε ομάδες κ.ο.κ.				
46	Δυσκολεύεται να γράψει ένα μακρύ αριθμό ή μια μεγάλη λέξη σε ευθεία γραμμή.				
ΔΥΣΚΟΛΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΚΟΥΣΤΙΚΗ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ					
47	Δυσκολεύεται στο να κάνει προφορικές ασκήσεις				
48	Δεν μπορεί να συνεχίσει το μέτρημα σε μια ακολουθία.				
ΑΔΥΝΑΜΙΕΣ ΣΤΗ ΜΝΗΜΗ					
49	Δεν μπορεί να συγκρατήσει νέα πληροφορία ή μαθηματικά νούμερα.				
50	Η απόδοση του είναι πτωχή στην επανάληψη μαθημάτων				

Παράρτημα Α3. Ενημέρωση-συγκατάθεση γονιών

Πανεπιστήμιο Κρήτης
Τμήμα Ιατρικής

Πρόγραμμα ανίχνευσης υπερκινητικού συνδρόμου στα παιδιά της Κρήτης

Αγαπητοί γονείς

Το Πανεπιστήμιο Κρήτης(συνεργασία των Τμημάτων Ιατρικής και Παιδαγωγικού Δημοτικής Εκπαίδευσης) έχει αρχίσει, όπως γνωρίζετε μια προσπάθεια ανίχνευσης του συνδρόμου ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα (γνωστού και ως «υπερκινητικό σύνδρομο») σε παιδιά της Κρήτης.

Στα πλαίσια αυτής της ανίχνευσης, σας δόθηκε να συμπληρώσετε ένα ερωτηματολόγιο πριν μερικούς μήνες. Από τις απαντήσεις σας προκύπτει κάποια ένδειξη στοιχείων υπερκινητικής συμπεριφοράς στο παιδί σας, ωστόσο αυτό δεν αποτελεί με κανένα τρόπο διάγνωση.

Για τη διάγνωση είναι απαραίτητη η εξέταση του παιδιού σας από ειδικό γιατρό. Αν συμφωνείτε, μπορούμε να οργανώσουμε αυτήν την εξέταση σε ιατρείο στο κέντρο του Ηρακλείου, σε χρόνο που να εξυπηρετεί κι εσάς. Η εξέταση δεν θα σας επιβαρύνει οικονομικά, περιορίζεται μόνο σε συνέντευξη-συζήτηση και δεν απαιτεί καμιά αιμοληψία κλπ. Εάν από την εξέταση προκύψει πιο τεκμηριωμένη ένδειξη υπερκινητικής συμπεριφοράς, θα είναι μετά εύκολο να σας δοθούν οδηγίες, καθώς αυτή η συμπεριφορά μπορεί να επηρεάσει την κοινωνικότητα και τη σχολική επίδοση του παιδιού.

Αν συμφωνείτε να εξεταστεί το παιδί σας όπως παραπάνω, παρακαλούμε ενημερώστε μας άμεσα στα τηλέφωνα 2810-250431 και 6932-214222 (κ. Μαριάννα Σκουντή) 5 – 9 απογεύματα Δευτέρας έως και Πέμπτης. Για οποιεσδήποτε επίσης πληροφορίες μπορείτε να επικοινωνείτε στα ίδια τηλέφωνα τις παραπάνω μέρες και ώρες.

Η Συντονίστρια του Προγράμματος

Μαριάννα Σκουντή,
Ειδική Παιδαγωγός

Παράρτημα Α4. Παιδοψυχιατρικό ιστορικό- συνέντευξη γονιού

ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ: _____
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ : _____
ΗΛΙΚΙΑ- ΕΤΟΣ ΓΕΝΝΗΣΕΩΣ :_____
ΣΧΟΛΕΙΟ- ΤΑΞΗ : _____

1. **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΣΥΝΟΔΟΥ**

2. **ΛΟΓΟΙ ΠΑΡΑΠΟΜΠΗΣ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗΣ**
   (περιλαμβάνει το κυριότερο σύμπτωμα και τις πηγές πληροφοριών)

3. **ΙΣΤΟΡΙΚΟ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ**

4. **ΑΤΟΜΙΚΟ ΑΝΑΜΝΗΣΤΙΚΟ**

α) Γέννηση και βρεφική ηλικία:

- **Ηλικία των γονέων και πόσα χρόνια ήταν παντρεμένοι όταν το παιδί γεννήθηκε**
  Μητέρα :_____ Πατέρας : _____ Χρόνια γάμου: _____
- **Επιθυμητό παιδί _____ Πρόβλημα σύλληψης; _____**
- **Ιστορικό εγκυμοσύνης, τοκετού: _____**
  _____
- **Βάρος κατά τη γέννηση _____ Ύψος _____**
- **Νεογνικό ιστορικό: _____**
  _____
- **Συνήθειες φαγητού: _____**
- **Ποιος είχε την καθημερινή φροντίδα του βρέφους _____**
- **Θηλασμός: _____ Αποθηλασμός _____**

β) Ψυχοκινητική ανάπτυξη του παιδιού:

- **Πότε κάθισε _____ Πότε στάθηκε όρθιο _____ Πότε περπάτησε _____**
- **Πρώτη λέξη _____ Πρώτη φράση ή πρόταση _____**
- **Έλεγχος σφιγκτήρων: ούρηση _____ αφόδευση _____**
- **Ιδιοσυγκρασία παιδιού στη βρεφική ηλικία: _____**
  _____
- **Ιδιοσυγκρασία παιδιού στα κατοπινά στάδια_____**
  _____
- **Διάφορες συνήθειες (βυζαίνει το δάχτυλο- τρώει τα νύχια…) _____**
  _____
- **Διατροφή_____**
- **Ύπνος _____**

γ) Σοβαρά οικογενειακά προβλήματα καθώς το παιδί μεγάλωνε

_____
_____
_____
_____

δ) Προσαρμογή στο νηπιαγωγείο

_____
_____
_____
_____

ε) Ύπαρξη δυσκολίας στη σχολική μάθηση

- **Διάθεση για μάθηση- απόδοση** _____
  _____
- **Πιθανή ύπαρξη μαθησιακών δυσκολιών** _____
  _____
- **Στάση απέναντι σε δασκάλους ή μαθητές** _____
  _____
- **Εκφραστικότητα γλώσσας- σκέψης** _____
  _____

στ) Προβλήματα συμπεριφοράς , υπακοής και κοινωνικά προβλήματα στο σχολείο.

_____
_____
_____
_____

ζ) Παιχνίδι – Κοινωνικότητα

- **Σχέσεις με άλλα παιδιά** _____
- **Έλλειψη στενού φίλου** _____
- **Δυσκολίες αποχωρισμού** _____
- **Φοβίες** _____
- **Εφιάλτες** _____
- **Νευρικές συνήθειες** _____
- **φαντασία** _____

5) <u>ΙΑΤΡΙΚΟ ΙΣΤΟΡΙΚΟ</u>

- **Παιδικές αρρώστιες :** _____
- **Άλλες αρρώστιες, σπασμοί, αλλεργίες:** _____
  _____
  _____
  _____
- **Εγχειρήσεις :** _____
- **Δυστυχήματα :** _____
- **Φάρμακα και δόσεις :** _____
  _____
  _____
- **Κληρονομικό ιστορικό ψυχικής ασθένειας.** _____
  _____
  _____
  _____
  _____

5) **ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ**

Πατέρας
Ηλικία : _____ Εκπαίδευση_____ Επάγγελμα _____
Στοιχεία Προσωπικότητας: _____
_____
_____

Μητέρα
Ηλικία : _____ Εκπαίδευση_____ Επάγγελμα _____
Στοιχεία Προσωπικότητας: _____
_____
_____

Αδέλφια(ηλικία-εκπαίδευση - απόδοση, στοιχεία προσωπικότητας)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Άλλα πρόσωπα που ζουν με το παιδί ή έχουν στενή επαφή μαζί του

_____
_____
_____
_____

Σχέσεις του παιδιού με καθένα από τα παραπάνω

_____
_____
_____
_____
_____
_____

7) **ΓΝΩΜΗ ΤΩΝ ΓΟΝΙΩΝ ΓΙΑ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΤΟΥ ΠΑΙΔΙΟΥ**

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

5) ΠΑΡΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

6) ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ ΑΠΟ ΤΡΙΤΑ ΠΡΟΣΩΠΑ

7) ΨΥΧΟΛΟΓΙΚΕΣ ΔΟΚΙΜΑΣΙΕΣ

5) <u>ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ</u>

6) ΥΠΑΡΞΗ ΑΛΛΩΝ ΔΙΑΤΑΡΑΧΩΝ ΠΟΥ ΝΑ ΕΞΗΓΟΥΝ ΚΑΛΥΤΕΡΑ ΤΑ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΕΠΥ-ΣΥΝΥΠΑΡΧΟΥΣΕΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ

7) <u>ΠΕΡΙΛΗΨΗ ΚΑΙ ΕΚΤΙΜΗΣΗ</u>

5) ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ – ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΗ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ

6) ΔΙΑΓΝΩΣΗ (κατά DSM- IV)

Παράρτημα Α5. Διαγνωστικό σχεδιάγραμμα παιδοψυχιατρικής εξέτασης παιδιού

Ονοματεπώνυμο: _____

Σχέδιο :

Οπτικοκινητικός συντονισμός:

Λαβύρινθος:

Ανάγνωση:

Κατανόηση:

Γραφή:

Μνήμη: πουλί, καρέκλα, μήλο, γραφείο, λάμπα → 1min: / 10min:

Αριθμητικά:

Κρίση → Ομοιότητες-διαφορές → Πουλί _____ / Αεροπλάνο _____ ; Καταστάσεις:

Λεξιλόγιο → Μύθος: _____ / Εκπλήσσομαι:_____ / τσιγκούνης: _____ / Δειλός:_____

Παροιμία:

Πλευρίωση
Χέρι: _____ Πόδι: _____ Μάτι: _____

Αντίληψη Αριστερού- δεξιού:

Κινητικότητα → Ισορροπία σ' ένα πόδι: / Κουτσό: / Φτέρνα- δάχτυλα: / Συντονισμός κινήσεων:

Παράρτημα Α6. Ερωτηματολόγιο Achenbach (CBCL)

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΓΙΑ ΓΟΝΕΙΣ (ΠΑΙΔΙΑ ΗΛΙΚΙΑΣ 6-18 ΧΡΟΝΩΝ)

Μόνο για χρήση του γραφείου Κλινικής

ΠΛΗΡΕΣ ΟΝΟΜΑ ΠΑΙΔΙΟΥ — Όνομα — Πατρώνυμο — Επώνυμο

ΦΥΛΟ ΠΑΙΔΙΟΥ — ΤΑΞΗ ΠΑΙΔΙΟΥ — ΣΟΗΚΟΤΗΤΑ / ΦΥΛΗ ΠΑΙΔΙΟΥ

❒ Αγόρι ❒ Κορίτσι

ΣΗΜΕΡΙΝΗ ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ — ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ ΓΕΝΝΗΣΗΣ

Ημέρα ___ Μήνας ___ Έτος ___ Ημέρα ___ Μήνας ___ Έτος ___

ΤΑΞΗ ΣΧΟΛΕΙΟΥ

ΔΕΝ ΠΑΕΙ ΣΤΟ ΣΧΟΛΕΙΟ ❒

Παρακαλούμε συμπληρώστε αυτό το έντυπο έτσι ώστε να εκφράζει τις δικές σας απόψεις για τη συμπεριφορά του παιδιού, ακόμη και εάν άλλοι μπορεί να μη συμφωνούν μαζί σας. Μπορείτε να προσθέσετε σχόλια δίπλα σε κάθε ερώτηση και στον χώρο που υπάρχει στη σελίδα 2. ***Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.***

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΓΟΝΕΩΝ ακόμη και εάν δεν εργάζονται τώρα (παρακαλούμε απαντήστε με ακρίβεια – για παράδειγμα, μηχανικός αυτοκινήτων, στρατιωτικός, καθηγητής γυμνασίου, σιδηρά!)

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΠΑΤΕΡΑ ___

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΜΗΤΕΡΑΣ ___

ΑΥΤΟ ΤΟ ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΜΠΛΗΡΩΘΗΚΕ ΑΠΟ (γράψτε με κεφαλαία το πλήρες όνομά σας)

Το φύλο σας: ❒ Άνδρας ❒ Γυναίκα

Η σχέση σας με το παιδί:
❒ Βιολογικός γονιός ❒ Πατρικός/Μητρικό ❒ Παππούς
❒ Ανάδοχος γονιός ❒ Θετός γονιός ❒ Άλλος: ___

I. Παρακαλούμε αναφέρετε τα κύρια σπορ στα οποία αρέσει στο παιδί σας να συμμετέχει. Για παράδειγμα: κολύμβηση, ποδήλατο, ποδόσφαιρο, μπάσκετ.

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, περίπου πόσο χρόνο αφιερώνει στο καθένα;

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο καλά τα καταφέρνει στο καθένα;

	Λιγότερο από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Περισσότερο από το μέσο όρο	Δεν ξέρω	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
❒ Κανένα								
α. ___	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
β. ___	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
γ. ___	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒

II. Παρακαλούμε αναφέρετε τα αγαπημένα χόμπι, δραστηριότητες και παιχνίδια του παιδιού σας, εκτός από σπορ. Για παράδειγμα: συλλογή γραμματοσήμων, κούκλες, βιβλία, πάνο, χειροτεχνίες, ηλεκτρονικός υπολογιστής, αυτοκίνητα, μουσική ψάρεμα κ.τ.λ. (Μη συμπεριλάβετε τα ραδιόφωνα και την τηλεόραση.)

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, περίπου πόσο χρόνο αφιερώνει στο καθένα;

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο καλά τα καταφέρνει στο καθένα;

	Λιγότερο από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Περισσότερο από το μέσο όρο	Δεν ξέρω	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
❒ Κανένα								
α. ___	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
β. ___	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒
γ. ___	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒	❒

III. Παρακαλούμε αναφέρετε τις οργανώσεις, λέσχες, ομίλους ή ομάδες στις οποίες συμμετέχει το παιδί σας.

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο ενεργά συμμετέχει στην καθεμία;

	Λιγότερο ενεργά	Στο μέσο όρο	Περισσότερο ενεργά	Δεν ξέρω
❒ Καμία				
α. ___	❒	❒	❒	❒
β. ___	❒	❒	❒	❒
γ. ___	❒	❒	❒	❒

IV. Παρακαλούμε αναφέρετε τις εργασίες ή τα θελήματα που κάνει το παιδί σας. Για παράδειγμα: φυλά μικρά παιδιά, στρώνει το κρεβάτι του, εργάζεται σε μεγάλη συμπεριλάβετε και δουλειές για τις οποίες αμείβεται).

Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, πόσο καλά τις κάνει;

	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο	Δεν ξέρω
❒ Καμία				
α. ___	❒	❒	❒	❒
β. ___	❒	❒	❒	❒
γ. ___	❒	❒	❒	❒

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις

Copyright: 2001 T. Achenbach
ASEBA, University of Vermont
1 South Prospect St., Burlington, VT 05401-3456
http://www.aseba.org/

ΑΠΑΓΟΡΕΥΕΤΑΙ ΚΑΘΕ ΕΙΔΟΥΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΗ
Για την Ελλάδα: Αλεξάνδρα Ρούσσου, Εταιρεία για την Ψυχική Υγεία Παιδιών και Εφήβων
Μενάνδρου 23 & Αντιόπης, Νάσια, τηλ. 210721 1945, http://www.mchnet.gr/

ΣΕΛΙΔΑ 1

6-1-01 Έκδοση - 201

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

V. 1. Περίπου πόσους στενούς φίλους έχει το παιδί σας; (*Μη* συμπεριλάβετε αδελφούς και αδελφές)

❒ Κανένα ❒ 1 ❒ 2-3 ❒ 4 ή περισσότερους

2. Περίπου πόσες φορές την εβδομάδα κάνει πράγματα με τους φίλους του εκτός σχολείου; (*Μη* συμπεριλάβετε αδελφούς και αδελφές)

❒ Λιγότερο από 1 φορά ❒ 1-2 φορές ❒ 3 ή περισσότερες φορές

VI. Σε σύγκριση με άλλα παιδιά της ηλικίας του, το παιδί σας:

	Χειρότερα	Στο μέσο όρο	Καλύτερα	
α. Πόσο καλά τα πάει με τους αδελφούς και τις αδελφές του;	❒	❒	❒	❒ Δεν έχει αδέλφια
β. Πόσο καλά τα πάει με τα άλλα παιδιά;	❒	❒	❒	
γ. Πόσο καλά συμπεριφέρεται στους γονείς του;	❒	❒	❒	
δ. Πόσο καλά παίζει και δουλεύει μόνο του;	❒	❒	❒	

VII. 1. Επίδοση στα μαθήματα ❒ Δεν πάει σχολείο διότι _____

_____

	Σημειώστε για κάθε μάθημα στο κατάλληλο κουτάκι	Κάτω από τη βάση	Κάτω από το μέσο όρο	Στο μέσο όρο	Πάνω από το μέσο όρο
Άλλα μαθήματα π.χ. Η/Υ, ξένες γλώσσες κ.λπ. *Μη* συμπεριλάβετε γυμναστική, μαθήματα οδήγησης ή άλλα μη σχολικά μαθήματα.	α. Γλώσσα, Ελληνικά	❒	❒	❒	❒
	β. Ιστορία	❒	❒	❒	❒
	γ. Αριθμητική ή Μαθηματικά	❒	❒	❒	❒
	δ. Φυσική, Χημεία	❒	❒	❒	❒
	ε. _____	❒	❒	❒	❒
	στ. _____	❒	❒	❒	❒
	ζ. _____	❒	❒	❒	❒

2. Βρίσκεται το παιδί σας σε ειδική αγωγή, αποκαταστασιακό πρόγραμμα, τάξη ένταξης, ειδικό σχολείο;

❒ Όχι ❒ Ναι – Είδος προγράμματος τάξης ή σχολείου:

3. Έχει το παιδί σας επαναλάβει κάποια τάξη;

❒ Όχι ❒ Ναι – Ποιες τάξεις και για ποιο λόγο;

4. Έχει το παιδί σας προβλήματα με τα μαθήματα ή άλλου είδους προβλήματα στο σχολείο;

❒ Όχι ❒ Ναι – Παρακαλούμε περιγράψτε:

Πότε άρχισαν αυτά τα προβλήματα; _____

Έχουν λυθεί αυτά τα προβλήματα; ❒ Όχι ❒ Ναι – Πότε;

Έχει το παιδί σας κάποια αρρώστια ή αναπηρία (ψυχική, νοητική ή σωματική); ❒ Όχι ❒ Ναι – Παρακαλούμε περιγράψτε:

Τι σας ανησυχεί περισσότερο για το παιδί σας;

Παρακαλούμε περιγράψτε τα πιο θετικά χαρακτηριστικά του παιδιού σας.

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

Παρακάτω είναι ένας κατάλογος με στοιχεία συμπεριφοράς παιδιών. Για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου λάβετε υπόψη τη συμπεριφορά του παιδιού ***στο παρόν ή στους τελευταίους 6 μήνες***. Εάν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει στο παιδί σας ***πολύ ή πολύ συχνά***, βάλτε σε κύκλο το 2. Εάν το στοιχείο συμπεριφοράς ταιριάζει στο παιδί σας ***κάπως ή μερικές φορές***, βάλτε σε κύκλο το 1. Εάν το στοιχείο συμπεριφοράς δεν του ταιριάζει ***καθόλου*** βάλτε σε κύκλο το 0. Παρακαλώ απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις, ακόμη και αν μερικές φαίνονται να μην ταιριάζουν στο παιδί σας.

0=Δεν ταιριάζει (απ' όσο ξέρετε) **1=Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές** **2=Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά**

0 1 2 1. Συμπεριφέρεται πολύ ανώριμα για την ηλικία του
0 1 2 2. Πίνει αλκοόλ χωρίς την άδεια των γονιών (περιγράψτε): _____
0 1 2 3. Είναι πνεύμα αντιλογίας
0 1 2 4. Δεν καταφέρνει να τελειώσει κάτι που αρχίζει
0 1 2 5. Υπάρχουν πολύ λίγα πράγματα που τον ευχαριστούν
0 1 2 6. Κάνει τα κακά του έξω από την τουαλέτα
0 1 2 7. Καυχιέται, κάνει τον καμπόσο
0 1 2 8. Δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, να προσηλώσει την προσοχή του για πολλή ώρα
0 1 2 9. Δεν μπορεί να βγάλει από το μυαλό του ορισμένες σκέψεις, έμμονες ιδέες (περιγράψτε): _____
0 1 2 10. Δεν μπορεί να σταθεί ακίνητος, είναι ανήσυχος, υπερκινητικός
0 1 2 11. Είναι προσκολλημένος στους μεγάλους, πολύ εξαρτημένος
0 1 2 12. Παραπονιέται ότι νιώθει μοναξιά
0 1 2 13. Βρίσκεται σε σύγχυση, σαν να είναι χαμένος
0 1 2 14. Κλαίει πολύ
0 1 2 15. Βασανίζει ζώα
0 1 2 16. Είναι σκληρός και μοχθηρός με τους άλλους, τους κάνει τον ντή
0 1 2 17. Ονειροπολεί, χάνεται μέσα στις σκέψεις του
0 1 2 18. Προσπαθεί επίτηδες να τραυματισθεί ή να σκοτωθεί
0 1 2 19. Ζητάει πολλή προσοχή από τους άλλους
0 1 2 20. Καταστρέφει τα πράγματά του
0 1 2 21. Καταστρέφει πράγματα που ανήκουν στην οικογένειά του ή σε άλλους
0 1 2 22. Είναι ανυπάκουος στο σπίτι
0 1 2 23. Είναι ανυπάκουος στο σχολείο
0 1 2 24. Δεν τρώει καλά
0 1 2 25. Δεν τα πάει καλά με τα άλλα παιδιά
0 1 2 26. Δεν φαίνεται να αισθάνεται τύψεις όταν έχει συμπεριφερθεί άσχημα
0 1 2 27. Ζηλεύει εύκολα
0 1 2 28. Παραβαίνει τους κανόνες στο σπίτι, το σχολείο ή αλλού
0 1 2 29. Φοβάται ορισμένα ζώα, καταστάσεις ή μέρη, εκτός από το σχολείο (περιγράψτε): _____
0 1 2 30. Φοβάται να πάει στο σχολείο
0 1 2 31. Φοβάται μήπως σκεφθεί ή κάνει κάτι κακό
0 1 2 32. Αισθάνεται ότι πρέπει να είναι τέλειος
0 1 2 33. Αισθάνεται, παραπονιέται ότι κανείς δεν τον αγαπάει
0 1 2 34. Αισθάνεται ότι οι άλλοι είναι εναντίον του, ότι τον έχουν βάλει στο μάτι
0 1 2 35. Αισθάνεται ότι δεν αξίζει τίποτα, ότι είναι κατώτερος
0 1 2 36. Τραυματίζεται συχνά, παθαίνει εύκολα ατυχήματα
0 1 2 37. Μπλέκει σε πολλούς καβγάδες
0 1 2 38. Τον πειράζουν πολύ οι άλλοι
0 1 2 39. Κάνει παρέα με παιδιά που μπλέκουν σε φασαρίες
0 1 2 40. Ακούει ήχους ή φωνές που δεν υπάρχουν (περιγράψτε): _____
0 1 2 41. Είναι παρορμητικός, ενεργεί χωρίς να σκέφτεται
0 1 2 42. Προτιμά να είναι μόνος του, παρά με άλλους
0 1 2 43. Λέει ψέματα, κάνει μικροαπάτες
0 1 2 44. Τρώει τα νύχια του
0 1 2 45. Είναι νευρικός, έχει τεντωμένα νεύρα, βρίσκεται σε μεγάλη ένταση
0 1 2 46. Κάνει νευρικές κινήσεις, συσπάσεις (περιγράψτε): _____
0 1 2 47. Έχει εφιάλτες
0 1 2 48. Δεν τον συμπαθούν τα άλλα παιδιά
0 1 2 49. Έχει δυσκολιότητα, δεν ενεργείται κανονικά
0 1 2 50. Έχει πολλούς φόβους, είναι αγχώδης
0 1 2 51. Αισθάνεται ζαλάδες
0 1 2 52. Αισθάνεται υπερβολικά ένοχος
0 1 2 53. Τρώει υπερβολικά
0 1 2 54. Φαίνεται υπερβολικά κουρασμένος χωρίς λόγο
0 1 2 55. Είναι υπέρβαρος
56. Έχει σωματικά ενοχλήματα ***χωρίς γνωστή ιατρική αιτία:***
0 1 2 α. Διαφόρους πόνους (εκτός από πονοκεφάλους, πόνους στην κοιλιά)
0 1 2 β. Πονοκεφάλους
0 1 2 γ. Ναυτία, τάση για εμετό
0 1 2 δ. Προβλήματα με τα μάτια του (***όχι*** ότι φορά γυαλιά) (περιγράψτε): _____
0 1 2 ε. Εξανθήματα ή άλλα δερματικά προβλήματα
0 1 2 στ. Κοιλιακούς πόνους
0 1 2 ζ. Κάνει εμετούς
0 1 2 η. Άλλα (περιγράψτε): _____

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

0=Δεν ταιριάζει (απ' όσο ξέρετε) **1=Ταιριάζει κάπως ή μερικές φορές** **2=Ταιριάζει πολύ ή πολύ συχνά**

0 1 2 57. Επιτίθεται και χτυπά τους άλλους

0 1 2 58. Σκαλίζει τη μύτη του, τσιμπά επίμονα το δέρμα του ή άλλα μέρη του σώματός του (περιγράψτε): _____

0 1 2 59. Παίζει με τα γεννητικά του όργανα δημόσια

0 1 2 60. Παίζει με τα γεννητικά του όργανα πάρα πολύ

0 1 2 61. Είναι κακός μαθητής

0 1 2 62. Είναι αδέξιος, δεν έχει καλό συντονισμό

0 1 2 63. Προτιμά να κάνει παρέα με μεγαλύτερα παιδιά

0 1 2 64. Προτιμά να κάνει παρέα με μικρότερα παιδιά

0 1 2 65. Αρνείται να μιλήσει στους άλλους

0 1 2 66. Επαναλαμβάνει ορισμένες πράξεις ξανά και ξανά σαν κάτι να τον αναγκάζει (περιγράψτε): _____

0 1 2 67. Κάνει φυγές από το σπίτι

0 1 2 68. Φωνάζει πολύ, ουρλιάζει

0 1 2 69. Είναι μυστικοπαθής, κρατά πράγματα μέσα του

0 1 2 70. Βλέπει πράγματα που δεν υπάρχουν (περιγράψτε): _____

0 1 2 71. Δεν είναι άνετος, ντροπιάζεται εύκολα, αισθάνεται εύκολα αμηχανία

0 1 2 72. Βάζει φωτιές

0 1 2 73. Έχει σεξουαλικά προβλήματα (περιγράψτε): _____

0 1 2 74. Του αρέσει να κάνει επίδειξη

0 1 2 75. Είναι πολύ ντροπαλός ή δειλός

0 1 2 76. Κοιμάται λιγότερο απ' όσο κοιμούνται τα περισσότερα παιδιά

0 1 2 77. Κοιμάται περισσότερο απ' όσο κοιμούνται τα περισσότερα παιδιά κατά τη διάρκεια της ημέρας ή και της νύχτας (περιγράψτε): _____

0 1 2 78. Είναι απρόσεκτος, η προσοχή του διασπάται εύκολα

0 1 2 79. Έχει προβλήματα λόγου (περιγράψτε): _____

0 1 2 80. Κοιτάζει με κενό βλέμμα

0 1 2 81. Κλέβει από το σπίτι

0 1 2 82. Κλέβει από άλλα μέρη

0 1 2 83. Μαζεύει πράγματα που του είναι άχρηστα (περιγράψτε): _____

0 1 2 84. Έχει παράξενη συμπεριφορά (περιγράψτε): _____

0 1 2 85. Έχει παράξενες ιδέες (περιγράψτε): _____

0 1 2 86. Είναι πεισματάρης, δύσθυμος, ευερέθιστος

0 1 2 87. Εμφανίζει ξαφνικές αλλαγές στη διάθεσή του ή στα συναισθήματά του

0 1 2 88. Είναι πολύ συχνά μουτρωμένος

0 1 2 89. Είναι καχύποπτος

0 1 2 90. Βρίζει, λέει βρομόλογα

0 1 2 91. Μιλά για αυτοκτονία

0 1 2 92. Μιλά ή περπατά στον ύπνο του (περιγράψτε): _____

0 1 2 93. Μιλά πάρα πολύ

0 1 2 94. Πειράζει πολύ τους άλλους, είναι πειραχτήρι

0 1 2 95. Εμφανίζει εκρήξεις οργής, αρπάζεται εύκολα

0 1 2 96. Σκέφτεται το σεξ πάρα πολύ

0 1 2 97. Απειλεί τους άλλους

0 1 2 98. Πιπιλά το δάχτυλό του

0 1 2 99. Καπνίζει

0 1 2 100. Δυσκολεύεται να κοιμηθεί (περιγράψτε): _____

0 1 2 101. Κάνει σκασιαρχείο ή αδικαιολόγητες απουσίες

0 1 2 102. Είναι νωθρός, αργός στις κινήσεις του, του λείπει η ενεργητικότητα

0 1 2 103. Είναι δυστυχισμένος, θλιμμένος, μελαγχολικός

0 1 2 104. Κάνει πολύ περισσότερη φασαρία από άλλα παιδιά

0 1 2 105. Κάνει χρήση ουσιών για μη ιατρικούς λόγους (μη συμπεριλάβετε το κάπνισμα ή το αλκοόλ) (περιγράψτε): _____

0 1 2 106. Κάνει βανδαλισμούς

0 1 2 107. Κατουριέται κατά τη διάρκεια της ημέρας

0 1 2 108. Κατουριέται στον ύπνο

0 1 2 109. Είναι γκρινιάρης

0 1 2 110. Επιθυμεί να ανήκει στο αντίθετο φύλο

0 1 2 111. Απομονώνεται στον εαυτό του, δεν κάνει σχέσεις με άλλους

0 1 2 112. Αγωνιά, είναι αγχώδης

113. Παρακαλούμε γράψτε τυχόν προβλήματα του παιδιού σας που δεν αναφέρθηκαν στο ερωτηματολόγιο

0 1 2 _____

0 1 2 _____

0 1 2 _____

Βεβαιωθείτε ότι απαντήσατε σε όλες τις ερωτήσεις.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β. ΑΝΑΛΥΤΙΚΟΙ ΠΙΝΑΚΕΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Παράρτημα Β1. Κατάσταση Δημοτικών Σχολείων του Δήμου Ηρακλείου Κρήτης

α/α	Σχολείο	Κωδικός Σχολείου	Οργ.	Σύνολο Παιδιών	Αγόρια	Κορίτσια
1	1ο	9170107	12/Θ	20	11	9
2	2ο	9170048	10/Θ	23	10	13
3	3ο	9170049	10/Θ	22	11	11
4	4ο	9170362	12/Θ	39	20	19
5	5ο	9170423	12/Θ	40	21	19
6	6ο	9170113	12/Θ	38	23	15
7	7ο	9170102	12/Θ	32	21	11
8	8ο	9170114	12/Θ	27	18	9
9	9ο	9170115	12/Θ	33	19	14
10	10ο	9170108	12/Θ	31	18	13
11	11ο	9170254	12/Θ	24	13	11
12	12ο	9170255	12/Θ	27	18	9
13	13ο	9170257	12/Θ	36	21	15
14	14ο	9170259	12/Θ	27	9	18
15	15ο	9170058	12/Θ	56	27	29
16	16ο	9170109	12/Θ	45	23	22
17	17ο	9170196	12/Θ	25	11	14
18	18ο	9170190	10/Θ	31	14	17
19	19ο	9170191	12/Θ	34	10	24
20	20ο	9170192	12/Θ	58	30	28
21	21ο	9170197	12/Θ	33	19	14
22	23ο	9170194	12/Θ	58	29	29
23	24ο	9170198	12/Θ	31	16	15
24	25ο	9170054	12/Θ	19	9	10
25	26ο	9170055	12/Θ	41	22	19
26	27ο	9170424	12/Θ	20	11	9
27	28ο	9170425	12/Θ	57	25	32

28	30o	9170056	12/Θ	45	22	23
29	31o	9170494	12/Θ	29	17	12
30	32o	9170428	12/Θ	37	18	19
31	33o	9170057	12/Θ	46	25	21
32	34o	9170431	12/Θ	42	17	25
33	35o	9170512	12/Θ	21	14	7
34	36o	9170514	12/Θ	56	30	26
35	37o	9170517	12/Θ	27	12	15
36	39o	9170426	6/Θ	16	10	6
37	40o	9170515	12/Θ	32	13	19
38	41o	9170516	6/Θ	18	10	8
39	42o	9170519	7/Θ	17	9	8
40	43o	9170525	6/Θ	17	5	12
41	44o	9170531	7/Θ	18	11	7
42	45o	9170532	12/Θ	43	25	18
43	46o	9170533	10/Θ	37	19	18
44	47o	9170534	8/Θ	26	13	13
45	48o	9170539	12/Θ	16	10	6
46	49o	9170546	6/Θ	24	12	12
47	50o	9170547	10/Θ	41	23	18
48	52o	9170575	10/Θ	26	19	7
49	53o	9170343	12/Θ	62	35	27
50	54o	9170345	6/Θ	18	10	8
51	55°	9170120	2/Θ	3	1	2
52	56°	9170013	2/Θ	4	1	3
53	57°	9170580	10/Θ	37	22	15
54	58°	9170061	6/Θ	12	6	6
55	59°	9170036	3/Θ	7	3	4
56	60o	9170247	3/Θ	4	1	3

Παράτημα Β2. Συγκεντρωτικός πίνακας παιδιών που φέρουν τα συμπτώματα της υπερκινητικής διαταραχής.

α/α	Σχολείο	Κωδικός Παιδιού	Φύλο	ΣΚΟΡ ADHDT			LERNER
				Α	Β	Γ	
1	1	197801	Α	-	-	-	Π
2	1	197802	Α	-	-	-	Π
3	1	197803	Α	-	-	-	Π
4	2	197804	Α	20	2	15	Π
5	2	197805	Α	20	3	12	Π
6	2	197806	Θ	-	-	-	Π
7	3	197807	Α	21	17	26	Π
8	3	197808	Α	17	6	14	Π
9	3	197809	Θ	6	4	23	Π
10	3	197810	Θ	15	12	20	Π
11	4	197811	Θ	19	14	20	Π
12	4	197812	Α	-	-	-	Π
13	4	197813	Θ	-	-	-	Π
14	5	197814	Α	11	19	20	Π
15	5	197815	Α	-	-	-	Π
16	5	197816	Θ	5	5	5	Π
17	5	197817	Θ	11	5	6	Π
18	6	197818	Α	-	-	-	Π
19	7	197819	Α	24	17	15	Π
20	7	197820	Α	-	-	-	Π
21	7	197821	Α	-	-	-	Π
22	7	197822	Α	-	-	-	Π
23	8	197823	Α	15	8	18	Π
24	8	197824	Α	-	-	-	Π
25	8	197825	Θ	-	-	-	Π
26	9	197826	Α	8	7	15	Π
27	9	197827	Θ	17	8	18	Π

28	9	197828	A	-	-	-	Π
29	9	197829	A	-	-	-	Π
30	10	197830	A	18	10	11	Π
31	10	197831	A	26	18	21	Π
32	10	197832	A	14	2	17	Π
33	10	197833	Θ	14	15	14	Π
34	10	197834	Θ	11	6	15	Π
35	10	197835	A	-	-	-	Π
36	10	197836	Θ	-	-	-	Π
37	10	197837	A	4	4	2	Π
38	11	197838	A	19	7	15	Π
39	11	197839	Θ	13	8	16	Π
40	11	197840	Θ	11	20	15	Π
41	11	197841	Θ	20	19	9	Π
42	11	197842	A	-	-	-	Π
43	11	197843	Θ	-	-	-	Π
44	12	197844	A	20	14	12	Π
45	12	197845	A	24	14	5	Π
46	12	197846	A	14	12	15	Π
47	12	197847	Θ	25	8	12	Π
48	12	197848	Θ	17	15	12	Π
49	12	197849	A	9	6	13	Π
50	13	197850	Θ	17	14	17	Π
51	13	197851	Θ	16	14	10	Π
52	13	197852	A	-	-	-	Π
53	13	197853	A	14	15	5	Φ
54	14	197854	Θ	20	18	20	Π
55	14	197855	A	19	9	15	Π
56	14	197856	A	-	-	-	Π
57	15	197857	A	4	15	14	Π
58	15	197858	A	6	19	20	Π
59	15	197859	A	-	-	-	Π
60	15	197860	Θ	-	-	-	Π

61	16	197861	A	14	18	13	Π
62	16	197862	Θ	23	19	11	Π
63	16	197863	A	-	-	-	Π
64	16	197864	A	-	-	-	Π
65	17	197865	Θ	-	-	-	Π
66	18	197866	A	16	16	12	Π
67	18	197867	Θ	15	13	21	Π
68	19	197868	A	19	11	22	Π
69	19	197869	Θ	15	16	17	Π
70	19	197870	A	-	-	-	Π
71	20	197871	A	14	12	22	Π
72	20	197872	A	18	10	8	Π
73	20	197873	A	19	8	12	Π
74	20	197874	A	18	13	9	Π
75	20	197875	A	16	12	13	Π
76	20	197876	Θ	17	14	16	Π
77	20	197877	A	-	-	-	Π
78	20	197878	Θ	-	-	-	Π
79	20	197879	A	13	10	3	Π
80	20	197880	Θ	7	7	10	Π
81	21	197881	A	17	12	6	Π
82	21	197882	A	-	-	-	Π
83	23	197883	A	-	-	-	Π
84	23	197884	Θ	-	-	-	Π
85	23	197885	A	18	16	13	-
86	23	197886	A	16	16	7	-
87	23	197887	A	14	13	21	-
88	24	197888	A	15	3	24	Π
89	24	197889	A	12	10	18	Π
90	25	197890	A	-	-	-	Π
91	25	197891	A	-	-	-	Π
92	26	197892	A	22	18	16	Π
93	26	197893	A	-	-	-	Π

94	26	197894	Θ	-	-	-	Π
95	27	197895	A	-	-	-	Π
96	28	197896	A	22	18	26	Π
97	28	197897	Θ	-	-	-	Π
98	28	197898	A	16	16	19	Φ
99	30	197899	A	17	16	17	Π
100	30	197900	Θ	20	18	20	Π
101	30	197901	A	17	7	13	Π
102	30	197902	A	-	-	-	Π
103	30	197903	Θ	-	-	-	Π
104	31	197904	A	15	9	12	Π
105	31	197905	A	12	14	9	Π
106	31	197906	Θ	20	19	14	Π
107	31	197907	A	-	-	-	Π
108	31	197908	A	-	-	-	Π
109	31	197909	Θ	-	-	-	Π
110	32	197910	A	20	14	15	Π
111	32	197911	Θ	21	15	22	Π
112	33	197912	A	-	-	-	Π
113	33	197913	A	-	-	-	Π
114	33	197914	A	-	-	-	Π
115	33	197915	Θ	-	-	-	Π
116	33	197916	Θ	-	-	-	Π
117	33	197917	Θ	-	-	-	Π
118	33	197918	Θ	12	7	3	Π
119	34	197919	A	15	18	15	Φ
120	34	197920	A	21	20	26	Φ
121	34	197921	A	3	5	7	Π
122	34	197922	A	6	23	26	Φ
123	34	197923	Θ	10	10	5	Π
124	34	197924	Θ	12	9	6	Π
125	35	197925	A	14	15	26	Π
126	35	197926	A	-	-	-	Π

127	36	197927	A	18	15	20	П
128	36	197928	A	21	18	11	П
129	36	197929	A	17	13	11	П
130	36	197930	A	-	-	-	П
131	37	197931	Θ	5	12	5	П
132	39	197932	A	20	18	18	П
133	39	197933	A	17	20	5	П
134	39	197934	A	-	-	-	П
135	39	197935	Θ	16	20	21	Φ
136	40	197936	A	20	11	18	П
137	40	197937	A	17	6	21	П
138	40	197938	A	24	16	25	П
139	40	197939	Θ	16	16	20	П
140	40	197940	Θ	-	-	-	П
141	40	197941	Θ	-	-	-	П
142	40	197942	A	17	13	18	Φ
143	40	197943	A	17	18	16	Φ
144	41	197944	Θ	16	20	26	П
145	41	197945	Θ	24	16	19	Φ
146	42	197946	A	-	-	-	П
147	42	197947	A	-	-	-	П
148	42	197948	A	-	-	-	П
149	42	197949	Θ	-	-	-	П
150	42	197950	A	7	6	11	П
151	43	197951	A	14	8	17	П
152	43	197952	A	18	15	17	П
153	44	197953	A	-	-	-	П
154	44	197954	A	4	6	6	П
155	45	197955	A	16	13	15	П
156	45	197956	A	18	19	17	П
157	45	197957	A	24	20	14	П
158	45	197958	Θ	21	17	17	П
159	45	197959	A	-	-	-	П

160	45	197960	Θ	-	-	-	Π
161	46	197961	A	22	9	20	Π
162	46	197962	Θ	-	-	-	Π
163	48	197963	A	19	15	6	Π
164	48	197964	A	23	13	18	Π
165	48	197965	Θ	-	-	-	Π
166	48	197966	Θ	-	-	-	Π
167	50	197967	A	16	17	13	Π
168	50	197968	A	20	14	9	Π
169	50	197969	Θ	18	10	14	Π
170	50	197970	A	-	-	-	Π
171	50	197971	A	16	17	13	Φ
172	50	197972	A	20	14	9	Φ
173	52	197973	A	7	8	13	Π
174	52	197974	A	13	2	7	Π
175	52	197975	A	11	2	6	Π
176	52	197976	A	6	6	9	Π
177	54	197977	A	17	15	23	Π
178	54	197978	A	11	18	17	Π
179	57	197979	A	20	17	19	-
180	57	197980	A	16	18	16	-
181	57	197981	A	15	17	13	-
182	57	197982	A	17	18	13	-
183	58	197983	Θ	8	4	7	Π
184	59	197984	A	14	5	17	Π
185	59	197985	Θ	24	18	14	Π

Παράρτημα Β3. Πίνακας παιδιών με πιθανή διάγνωση ΔΕΠΥ.

α/α	Σχολείο	Κωδικός Παιδιού	Φύλο	ΣΚΟΡ ADHDT			LERNER
				Α	Β	Γ	
1	2	197804	Α	20	2	15	Π
2	2	197805	Α	20	3	12	Π
3	3	197807	Α	21	17	26	Π
4	3	197808	Α	17	6	14	Π
5	3	197809	Θ	6	4	23	Π
6	3	197810	Θ	15	12	20	Π
7	4	197811	Θ	19	14	20	Π
8	5	197814	Α	11	19	20	Π
9	7	197819	Α	24	17	15	Π
10	8	197823	Α	15	8	18	Π
11	9	197826	Α	8	7	15	Π
12	9	197827	Θ	17	8	18	Π
13	10	197830	Α	18	10	11	Π
14	10	197831	Α	26	18	21	Π
15	10	197832	Α	14	2	17	Π
16	10	197833	Θ	14	15	14	Π
17	10	197834	Θ	11	6	15	Π
18	11	197838	Α	19	7	15	Π
19	11	197839	Θ	13	8	16	Π
20	11	197840	Θ	11	20	15	Π
21	11	197841	Θ	20	19	9	Π
22	12	197844	Α	20	14	12	Π
23	12	197845	Α	24	14	5	Π
24	12	197846	Α	14	12	15	Π
25	12	197847	Θ	25	8	12	Π
26	12	197848	Θ	17	15	12	Π
27	13	197850	Θ	17	14	17	Π
28	13	197851	Θ	16	14	10	Π
29	14	197854	Θ	20	18	20	Π

30	14	197855	A	19	9	15	Π
31	15	197857	A	4	15	14	Π
32	15	197858	A	6	19	20	Π
33	16	197861	A	14	18	13	Π
34	16	197862	Θ	23	19	11	Π
35	18	197866	A	16	16	12	Π
36	18	197867	Θ	15	13	21	Π
37	19	197868	A	19	11	22	Π
38	19	197869	Θ	15	16	17	Π
39	20	197871	A	14	12	22	Π
40	20	197872	A	18	10	8	Π
41	20	197873	A	19	8	12	Π
42	20	197874	A	18	13	9	Π
43	20	197875	A	16	12	13	Π
44	20	197876	Θ	17	14	16	Π
45	21	197881	A	17	12	6	Π
46	24	197888	A	15	3	24	Π
47	24	197889	A	12	10	18	Π
48	26	197892	A	22	18	16	Π
49	28	197896	A	22	18	26	Π
50	30	197899	A	17	16	17	Π
51	30	197900	Θ	20	18	20	Π
52	30	197901	A	17	7	13	Π
53	31	197904	A	15	9	12	Π
54	31	197905	A	12	14	9	Π
55	31	197906	Θ	20	19	14	Π
56	32	197910	A	20	14	15	Π
57	32	197911	Θ	21	15	22	Π
58	35	197925	A	14	15	26	Π
59	36	197927	A	18	15	20	Π
60	36	197928	A	21	18	11	Π
61	36	197929	A	17	13	11	Π
62	39	197932	A	20	18	18	Π

63	39	197933	A	17	20	5	Π
64	40	197936	A	20	11	18	Π
65	40	197937	A	17	6	21	Π
66	40	197938	A	24	16	25	Π
67	40	197939	Θ	16	16	20	Π
68	41	197944	Θ	16	20	26	Π
69	43	197951	A	14	8	17	Π
70	43	197952	A	18	15	17	Π
71	45	197955	A	16	13	15	Π
72	45	197956	A	18	19	17	Π
73	45	197957	A	24	20	14	Π
74	45	197958	Θ	21	17	17	Π
75	46	197961	A	22	9	20	Π
76	48	197963	A	19	15	6	Π
77	48	197964	A	23	13	18	Π
78	50	197967	A	16	17	13	Π
79	50	197968	A	20	14	9	Π
80	50	197969	Θ	18	10	14	Π
81	54	197977	A	17	15	23	Π
82	54	197978	A	11	18	17	Π
83	59	197984	A	14	5	17	Π
84	59	197985	Θ	24	18	14	Π

Παράρτημα Β4. Πίνακας παιδιών χωρίς ADHDT και LERNER παθολογικό.

α/α	Σχολείο	Κωδικός Παιδιού	Φύλο	ΣΚΟΡ ADHDT Α	Β	Γ	LERNER
1	1	197801	Α	-	-	-	Π
2	1	197802	Α	-	-	-	Π
3	1	197803	Α	-	-	-	Π
4	2	197806	Θ	-	-	-	Π
5	4	197812	Α	-	-	-	Π
6	4	197813	Θ	-	-	-	Π
7	5	197815	Α	-	-	-	Π
8	6	197818	Α	-	-	-	Π
9	7	197820	Α	-	-	-	Π
10	7	197821	Α	-	-	-	Π
11	7	197822	Α	-	-	-	Π
12	8	197824	Α	-	-	-	Π
13	8	197825	Θ	-	-	-	Π
14	9	197828	Α	-	-	-	Π
15	9	197829	Α	-	-	-	Π
16	10	197835	Α	-	-	-	Π
17	10	197836	Θ	-	-	-	Π
18	11	197842	Α	-	-	-	Π
19	11	197843	Θ	-	-	-	Π
20	13	197852	Α	-	-	-	Π
21	14	197856	Α	-	-	-	Π
22	15	197859	Α	-	-	-	Π
23	15	197860	Θ	-	-	-	Π
24	16	197863	Α	-	-	-	Π
25	16	197864	Α	-	-	-	Π
26	17	197865	Θ	-	-	-	Π
27	19	197870	Α	-	-	-	Π
28	20	197877	Α	-	-	-	Π
29	20	197878	Θ	-	-	-	Π
30	21	197882	Α	-	-	-	Π
31	23	197883	Α	-	-	-	Π
32	23	197884	Θ	-	-	-	Π
33	25	197890	Α	-	-	-	Π
34	25	197891	Α	-	-	-	Π
35	26	197893	Α	-	-	-	Π
36	26	197894	Θ	-	-	-	Π
37	27	197895	Α	-	-	-	Π
38	28	197897	Θ	-	-	-	Π
39	30	197902	Α	-	-	-	Π
40	30	197903	Θ	-	-	-	Π
41	31	197907	Α	-	-	-	Π
42	31	197908	Α	-	-	-	Π
43	31	197909	Θ	-	-	-	Π
44	33	197912	Α	-	-	-	Π
45	33	197913	Α	-	-	-	Π

46	33	197914	Α	-	-	-	Π
47	33	197915	Θ	-	-	-	Π
48	33	197916	Θ	-	-	-	Π
49	33	197917	Θ	-	-	-	Π
50	35	197926	Α	-	-	-	Π
51	36	197930	Α	-	-	-	Π
52	39	197934	Α	-	-	-	Π
53	40	197940	Θ	-	-	-	Π
54	40	197941	Θ	-	-	-	Π
55	42	197946	Α	-	-	-	Π
56	42	197947	Α	-	-	-	Π
57	42	197948	Α	-	-	-	Π
58	42	197949	Θ	-	-	-	Π
59	44	197953	Α	-	-	-	Π
60	45	197959	Α	-	-	-	Π
61	45	197960	Θ	-	-	-	Π
62	46	197962	Θ	-	-	-	Π
63	48	197965	Θ	-	-	-	Π
64	48	197966	Θ	-	-	-	Π
65	50	197970	Α	-	-	-	Π

Παράρτημα Β5. Πίνακας παιδιών χωρίς LERNER και ADHDT παθολογικό.

α/α	Σχολείο	Κωδικός παιδιού	Φύλο	ΣΚΟΡ ADHDT			LERNER
				Α	Β	Γ	
1	57	197979	Α	20	17	19	-
2	57	197980	Α	16	18	16	-
3	57	197981	Α	15	17	13	-
4	57	197982	Α	17	18	13	-
5	23	197885	Α	18	16	13	-
6	23	197886	Α	16	16	7	-
7	23	197887	Α	14	13	21	-

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) συγκαταλέγεται διεθνώς ανάμεσα στις πιο μελετημένες και συνάμα διαγνωστικά αμφισβητούμενες νευροσυμπεριφορικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Η συχνότητα της ΔΕΠΥ στον παιδικό πληθυσμό κυμαίνεται διεθνώς από 2,2-17,8%., αν και στην πλειονότητα τους οι επιδημιολογικές μελέτες συγκλίνουν σε ένα ποσοστό εμφάνισης της διαταραχής από 4-10%. Τα κύρια συμπτώματα της ΔΕΠΥ σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχιατρικών Διαταραχών (Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, (DSM-IV) είναι η διάσπαση της προσοχής, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα. Στη διαγνωστική προσέγγιση της ΔΕΠΥ χρησιμοποιούνται ευρέως κλίμακες αξιολόγησης συμπεριφοράς για γονείς και δασκάλους, ωστόσο η τελική διάγνωση της διαταραχής στηρίζεται αποκλειστικά στην κλινική εξέταση του παιδιού και του γονιού από ειδικό. Στην Ελλάδα, δεδομένων των ελάχιστων αν όχι και ανύπαρκτων επιδημιολογικών και κλινικών μελετών για τη ΔΕΠΥ, τόσο η συχνότητα εμφάνισης της διαταραχής, όσο και η διαγνωστική προσέγγιση της, παραμένουν ανοιχτά πεδία προς διερεύνηση.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του επιπολασμού της ΔΕΠΥ στα παιδιά ενός μεγάλου δήμου της Ελλάδας καθώς και η διάγνωση των παιδιών εκείνων που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής, με ολοκληρωμένη κλινική εξέταση. Η παρούσα μελέτη φιλοδοξεί συνεπώς να είναι η μεγαλύτερη έως τώρα αναζήτηση της ΔΕΠΥ σε παιδικό πληθυσμό στην Ελλάδα.

Πληθυσμός και μέθοδοι: Τον πληθυσμό της μελέτης αποτέλεσαν συνολικά 1.708 παιδιά (892 αγόρια, 52.2% , 816 κορίτσια, 47.8%), της πρώτης δημοτικού που φοιτούσαν σε όλα τα (55) δημοτικά σχολεία του Δήμου του Ηρακλείου Κρήτης και ήταν κατανεμημένα σε 101 τάξεις. Η μελέτη υλοποιήθηκε σε δυο στάδια. Το πρώτο περιλάμβανε την ανίχνευση όλων των παιδιών και το δεύτερο τη διάγνωση αυτών που πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ. Η ανίχνευση στηρίχθηκε σε ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν τόσο από τους γονείς όσο και από τους δασκάλους των παιδιών. Το ερωτηματολόγιο των δασκάλων στηρίχθηκε στην κλίμακα της ΔΕΠΥ του Gilliam και των γονέων στην κλίμακα σχολικής συμπεριφοράς της Lerner, ενώ η διάγνωση στα σταθμισμένα ερωτηματολόγια του συστήματος Achenbach, στην κλινική συνέντευξη των γονιών και στην κλινική εξέταση των παιδιών από ειδικό. Η όλη διαγνωστική προσέγγιση ακολούθησε αυστηρά τις οδηγίες του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχιατρικών Διαταραχών (DSM-IV).

Αποτελέσματα: Η ανταπόκριση των δασκάλων ήταν μεγαλύτερη από εκείνην των γονέων (93,0% έναντι 77,6% αντίστοιχα, 95% διάστημα εμπιστοσύνης, 13%-18%, p<0,0001). Από τον αρχικό πληθυσμό των 1708 παιδιών, και τα δυο ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν για 1285 παιδιά (75,2%). Από αυτά, 84 (6,5%, 95% ΔΕ, 5,2% έως 7,9%) πληρούσαν τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής. Η συχνότητα της ΔΕΠΥ ήταν υπερδιπλάσια στα αγόρια από ότι στα κορίτσια (8,8% και 4,2% αντιστοίχως, p = 0,0011). Δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στον επιπολασμό της ΔΕΠΥ σε αστικές, ημιαστικές και αγροτικές περιοχές. Από τα 84 παιδιά μόνο σε 2 είχε ήδη τεθεί προγενέστερα η διάγνωση της ΔΕΠΥ. Όλα τα παιδιά κλήθηκαν για κλινική εκτίμηση ώστε να επιβεβαιωθεί η ύπαρξη της διαταραχής από παιδοψυχίατρο,

ωστόσο μόνο τα 42 προσήλθαν. Και στα 42 παιδιά επιβεβαιώθηκαν τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, ωστόσο η διάγνωση της διαταραχής τεκμηριώθηκε σε 31. Στα υπόλοιπα 11 παιδιά, πίσω από τις κλινικές εκδηλώσεις τύπου ΔΕΠΥ διαγνώστηκαν άλλες πρωτογενείς διαταραχές, όπως αναπτυξιακές και νευρολογικής φύσεως διαταραχές, συναισθηματικά και μαθησιακά προβλήματα.

Συμπεράσματα: Χρησιμοποιώντας, σύμφωνα με τις απαιτήσεις του DSM-IV, μια συνδυαστική ανιχνευτική μέθοδο, ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ στο σύνολο των παιδιών ηλικίας επτά ετών στο Ηράκλειο της Κρήτης, υπολογίστηκε στο 6,5%, ποσοστό ανάλογο με αυτό που συνήθως αναφέρεται σε πολλές μελέτες παγκοσμίως. Όπως αποδείχθηκε και στην παρούσα μελέτη, η χρήση κλιμάκων συμπεριφοράς αποτελεί το ιδανικότερο «πρώτο βήμα» στη διάγνωση της ΔΕΠΥ, καθώς η θετική αξιολόγηση των συμπτωμάτων της διαταραχής στις κλίμακες συμπεριφοράς από γονιούς και δασκάλους είναι ενδεικτική της ύπαρξης της διαταραχής και προσφέρει πολύτιμες διαγνωστικές υπηρεσίες. Επιπρόσθετα, η διαγνωστική διαδικασία, πρέπει να αντανακλά την εξελικτική φύση και την πολυπλοκότητα της ΔΕΠΥ για αυτό και οφείλει να στηρίζεται στην κλινική εικόνα του παιδιού, η οποία ξεκινάει νωρίς στη ζωή του και είναι παρούσα σε διαφορετικά πλαίσια, προκαλώντας κλινική έκπτωση στη λειτουργικότητα του παιδιού στο σχολείο και στο σπίτι. Η κλινική εκτίμηση συνεπώς, αποτελεί αδιαμφισβήτητα την ορθότερη διαγνωστική μέθοδο για τη ΔΕΠΥ. Παρόλα τα πιθανά μειονεκτήματα τους, οι πληθυσμιακές επιδημιολογικές μελέτες για τη ΔΕΠΥ είναι υλοποιήσιμες και απαραίτητες, καθώς παρέχουν σημαντική γνώση για την κατανόηση του επιπολασμού της, των ομάδων υψηλού κινδύνου και ως εκ

τούτου επιτρέπουν την έγκαιρη διάγνωση-θεραπεία και καλή πρόγνωση της διαταραχής.

ABSTRACT

Introduction: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is among the most common, intensely investigated, and yet diagnostically controversial neurobehavioral conditions of childhood. The prevalence of ADHD has been reported with great variations among different studies, ranging from 2.2% to 17.8% but studies in their majority suggest prevalence rates from 4% to 10%. The core symptoms of ADHD according to the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) include inattention, hyperactivity and impulsivity. In diagnosis of ADHD, several standardized behavior rating scales have been reported to perform well. These scales offer a screening convenience by providing a cross-sectional view of ADHD symptomatology, but definite diagnosis of ADHD is made exclusively on clinical grounds. In Greece, ADHD has not been adequately investigated considering that epidemiological and clinical studies of ADHD are almost inexistent.

Objective: The purpose of the present study was to explore the prevalence of ADHD in all first graders of the primary schools of a major municipality in Crete and to confirm the diagnosis in these children who had been screened positive for the disorder. The present study is the greatest population-based study for ADHD conducted in Greece.

Population and Methods: The population of the study comprised of 1.708 children (892 males, 52.2%; 816 females, 47.8%) attending first grade in 101

classes of 55 mainstream primary schools. A 2-stage process was employed. The first stage comprehended the screening of all children and the second the clinical diagnosis of children with positive ADHD screening. Screening procedure included an ADHD test and a rating scale of student behaviour. Parents completed the ADHD test and teachers the rating scale of student behaviour. Diagnostic procedures included the child behavior checklist (CBCL), parent interview and child clinical assessment. Both screening procedures and diagnostic confirmation of ADHD were based on DSM-IV diagnostic criteria for the disorder.

Results: Of 1,708 questionnaires distributed, 1,325 (77.6%) were completed by parents and 1,589 (93.0%) by teachers. Parents failed to respond to a greater extent than teachers (95% CI for the difference in percentage response, 13% to 18%, p <0.0001). Both questionnaires were completed for 1,285 (75.2%) children. Among them, eighty-four children (6.5%; 95% confidence interval, 5.2% to 7.9%) met the study criteria for ADHD. The estimated prevalence was 8.8% for boys (95% CI, 6.6% to 11.0%) and 4.2% for girls (95% CI, 2.6% to 5.7%). No significant differences were observed regarding urban, semi-urban or rural residence. Among the 84 children fulfilling ADHD criteria, only two (1 boy and 1 girl) had been previously diagnosed as having ADHD. All 84 children were called for clinical assessment but only 42 were available. The diagnosis of ADHD was confirmed for 31 children (74%). In the remaining 11 children, ADHD manifestations were attributed to other primary disorders (neurological and

pervasive developmental disorder, emotional and learning problems). None of the 42 children was classified as lacking symptoms suggesting ADHD.

Conclusion: By using a combination screening procedure, according DSM-IV instructions for ADHD, the prevalence of the disorder among first grade schoolchildren in Crete and the gender differences in prevalence were found to be comparable to those reported from other countries worldwide. Our study also confirmed that rratings scales constitute a convenient "first step" of assessment data indicating ADHD symptomatology and that combined parent and teacher rating scales based on DSM-IV criteria have a considerable predictive validity. Additionally, assessment process must reflect the developmental nature and complexity of the disorder and diagnosis must be made on the basis of a clinical picture that begins early in life and is persistent across different settings causing functional impairment at home or school or in leisure activity. Thus, clinical evaluation is the golden standard for diagnosing ADHD. Despite their drawbacks, population-based epidemiological studies of ADHD are accomplishable and useful, as they both provide knowledge in the understanding of prevalence and risk factors and potentially allow early diagnosis, treatment and a long-term good prognosis. As shown by the present study, an appropriate screening test for the first-graders in Crete could be beneficial for the early diagnosis and appropriate management of this relatively common childhood condition.

Κύριες δημοσιεύσεις:

1) Skounti M, Philalithis A, Mpitzaraki K, Vamvoukas M, Galanakis E. Attention –deficit/hyperactivity disorder in schoolchildren in Crete. Acta Paed 2006; 658-663.

2) Skounti M, Philalithis A, Galanakis E. Variations in prevalence of attention deficit hyperactivity disorder worldwide. Eur J Pediatr 2006; DOI 10.1007/s00431-006-0299-5.