



Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών
Σχολή Επιστημών της Αγωγής
Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης
Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών – Κατεύθυνση Ειδικής Αγωγής

Διπλωματική Εργασία:
Συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και χαρακτηριστικά παραβατικής συμπεριφοράς

--

Επιβλέπων Καθηγητής:

--

Αθήνα, 2020

Τριμελής επιτροπή εξέτασης

Αλέξανδρος- Σταμάτιος Αντωνίου (επιβλέπων)

Αν. Καθηγητής Π.Τ.Δ.Ε- ΕΚΠΑ

Συριοπούλου-Δελλή Χριστίνα

Αν. Καθηγήτρια Πανεπιστήμιο Μακεδονίας

Αλευριάδου Αναστασία

Καθηγήτρια Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας

Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό τη προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα. Ερωτήματα που αφορούν τη χρήση της εργασίας για κερδοσκοπικό σκοπό θα πρέπει να απευθύνονται προς τον/ την συγγραφέα.

Η έγκριση διπλωματικής εργασίας από τον Τομέα Ειδικής Παιδαγωγικής και Ψυχολογίας του Παιδαγωγικού Τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης του ΕΚΠΑ δεν υποδηλώνει αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Τμήματος και της επιτροπής εξέτασης.

Ο/ η συγγραφέας της παρούσας διπλωματικής βεβαιώνει ότι:

α) κανένα τμήμα της δεν έχει χρησιμοποιηθεί για τη σύνταξη και αξιολόγηση άλλης εργασίας ή πτυχίου του/της συγγραφέως,

β) αποτελεί πνευματικό προϊόν του/της συγγραφέως και κανένα τμήμα του ανά χειράς διπλωματικής δεν συνιστά αποτέλεσμα αναπαραγωγής (μερικώς ή ολικώς) κειμένου τρίτου προσώπου και

γ) έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους προβλεπόμενους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη παρούσα εργασία θα ασχοληθούμε με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), η οποία είναι μια συχνή διάγνωση σε παιδιά και εφήβους και εμφανίζεται, επίσης, σε ενήλικες. Τα βασικά συμπτώματα ΔΕΠ-Υ προκαλούν κατά κύριο λόγο σημαντικές διαταραχές στη συμπεριφορική, κοινωνική και ακαδημαϊκή λειτουργία σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες. Σε επόμενο κεφάλαιο, θα εξετάσουμε την εμφάνιση της συγκεκριμένης διαταραχής σε κάθε φύλο ξεχωριστά και αναφέροντας τις βασικές διαφορές τους. Στη συνέχεια, θα γίνει αναφορά σε κάποια προειδοποιητικά σημάδια που εμφανίζονται κυρίως σε πρώιμη ηλικία, χωρίς βέβαια, αυτά να συνάδουν πάντα με την εμφάνιση ΔΕΠ-Υ. Η συγκεκριμένη διαταραχή, ωστόσο, πολλές φορές συνδέεται και με άλλες ψυχικές διαταραχές. Η ΔΕΠ-Υ αν και επικρατεί σε νεαρότερες ηλικίες, δεν είναι καθόλου περίεργο να εμφανιστεί και σε ενήλικους ανθρώπους. Η νεανική εγκληματικότητα, είτε από τους ψυχικά διαταραγμένους, είτε από άλλους συνομήλικους τους δεν φαίνεται να εξασθενεί και να εκλείπει, ούτε μέσα στα πλαίσια του σχολικού περιβάλλοντος, ούτε στη κοινωνία. Οι στόχοι στη θεραπεία ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τη χρόνια και μακροπρόθεσμη επίδραση της διαταραχής. Αυτή η ανασκόπηση παρέχει μια επισκόπηση της τρέχουσας κατάστασης σχετικά με τα οφέλη και τις βλάβες της μεθυλφαινιδάτης στην ΔΕΠ-Υ. Τα βραχυπρόθεσμα οφέλη της φαρμακοθεραπείας, συμπεριλαμβανομένης της χρήσης ψυχοδιεγερτικών όπως η μεθυλφαινιδάτη, έχουν αποδειχθεί σε πολλές μελέτες. Ωστόσο, η σύσταση του μεθυλφαινιδάτη ως θεραπείας πρώτης γραμμής για παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ αμφισβητήθηκε. Τα ευρήματα των δοκιμών που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα και την ασφάλεια της μεθυλφαινιδάτης σε σύντομες χρονικές περιόδους πρέπει να ερμηνεύονται με προσοχή και δεν μπορούν να προεκταθούν σε μακροπρόθεσμα αποτελέσματα. Η μακροχρόνια χορήγηση μεθυλφαινιδάτης για ΔΕΠ-Υ δεν έχει αποδειχθεί ότι έχει αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα και μπορεί να σχετίζεται με διάφορες ανεπιθύμητες ενέργειες. Καταλήγοντας, θα γίνει λόγος για διάφορες θεραπευτικές μεθόδους γνωστές και λιγότερο διαδεδομένες. Άλλη μία πτυχή που αξίζει να αναφερθούμε είναι το πως αντιμετωπίζονται αυτά τα άτομα στο σχολικό περιβάλλον και πιθανούς τρόπους που θα μπορούσε να γίνει πιο ανεκτή και ευχάριστη η συμβίωση μέσα στη τάξη, τόσο για τους ίδιους, όσο και για τους υπόλοιπους. Υπάρχουν αρκετά σχολικά προγράμματα που θα μπορούσαν να βοηθήσουν αυτή τη συμβίωση να γίνει πιο ευνοϊκή.

Λέξεις- κλειδιά: ΔΕΠ-Υ, μεθυλφαινιδάτη, παραβατική συμπεριφορά, θεραπεία.

ABSTRAC

In this paper, we will deal with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), which is a common diagnosis in children and adolescents and also occurring in adults. The main symptoms of ADHD, causing significant disorders in behavioral, social and academic functioning in children, adolescents and adults. In the next chapter, we will examine the occurrence of this disorder in each sex separately and report their main differences. Then, reference will be made to some warning signs that appear mainly at an early age, without, of course, these always coinciding with the appearance of ADHD. This disorder, however, is often associated with other mental disorders. Although ADHD predominates at a younger age, it is not at all surprising that it also occurs in adults. Juvenile delinquency, either by the mentally disturbed or by other interlocutors, does not seem to be fading and disappearing, neither in the context of the school environment nor in society. This review provides an overview of the current situation regarding the benefits and harms of methylphenidate in ADHD. The short-term benefits of pharmacotherapy, including the use of psychostimulants such as methylphenidate, have been demonstrated in many studies. However, the recommendation of methylphenidate as a first-line treatment for children and adolescents with ADHD has been challenged. Test findings that assess the efficacy and safety of methylphenidate in short periods of time should be interpreted with caution and cannot be extended to long-term results. Long-term methylphenidate administration for ADHD has not been shown to be effective and may be associated with various adverse events. In conclusion, we will talk about various known and less common treatment methods. Another aspect worth mentioning is how these people are treated in the school environment and possible ways to make cohabitation more tolerable and enjoyable in the classroom, both for themselves and for others. There are several school programs that could help make this coexistence more favorable.

Keywords: ADHD, methylphenidate, delinquent behavior, treatment.

Περιεχόμενα

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRAC	5
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
1. Ορισμός ΔΕΠ-Υ.....	11
1.1. Ιστορική αναδρομή.....	11
2. Μορφές συμπτωμάτων	14
2.1. Υπερκινητικότητα - Παρορμητικότητα.....	14
2.1.1. Απροσεξία.....	14
2.1.2. Συμπτώματα	15
2.1.3. Χρονοδιάγραμμα - διαφοροδιάγνωση	16
2.1.4. Διαφορές βασικής αναπτυξιακής συμπεριφοράς και ΔΕΠ-Υ.....	17
3. Το φύλο ως παράγοντας ΔΕΠ-Υ.....	19
4. Αίτια εμφάνισης ΔΕΠ-Υ.....	21
4. 1.Παράγοντες εμφάνισης ΔΕΠ-Υ	21
4.1. 1.Βιολογικοί παράγοντες.....	21
4.1.2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες.....	22
4.1.3. Εγκεφαλική βλάβη.....	22
4.1.4 Πρόσθετα τροφίμων και ζάχαρης	22
4.1.5. Γενετική.....	23
4.1.6. Προειδοποιητικά σημάδια	24
5. ΔΕΠ-Υ - Συννοσηρότητα.....	27
5.1. Συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές	27
5.1.1. Μαθησιακές δυσκολίες.....	27
5.1.2. Σύνδρομο Tourette	27
5.1.3. Αντιθετική προκλητική διαταραχή	28
5.1.4. Διαταραχή συμπεριφοράς.....	28
5.1.5. Άγχος και κατάθλιψη.....	28
5.1.6. Διπολική διαταραχή	28
6. ΔΕΠ-Υ κατά την ενήλικη ζωή	31
6.1. Κριτήρια διάγνωσης ΔΕΠ-Υ ενηλίκων.....	31
6.1.1. Συμπτωματολογία.....	31
6.1.2. Διάγνωση.....	33

7. Ο κοινωνικός αντίκτυπος στα άτομα με ΔΕΠ-Υ.....	36
7.1. Κοινωνικές ηλικιακές διαφοροποιήσεις	36
7.1.2. Το παιδί κατά τα πρώτα σχολικά έτη	36
7.1.3. Εφηβεία	38
7.1.4. Ενήλικη ζωή	39
7.2. Δομές περίθαλψης ΔΕΠ-Υ.....	41
8. Νεανική εγκληματικότητα των ΔΕΠ-Υ	45
8.1. Παραβατικότητα.....	45
8.1.1. Νεανικό έγκλημα	46
8.2. Συστάσεις πολιτικής	51
9. ΔΕΠ-Υ και φαρμακευτική αγωγή	53
9.1. ΔΕΠ-Υ και χρήση φαρμάκων.....	53
9.1.1. Θεραπεία σε ενήλικες	54
9.2. Αποτελεσματικότητα και βαθμός επίδρασης των φαρμάκων	55
9.3. Διεγερτικά φάρμακα	55
9.3.1. Χρήση διεγερτικών φαρμάκων.....	56
9.3.2. Επιρροή διεγερτικών φαρμάκων στον εγκέφαλο	56
9.3.3. Άλλες επιπτώσεις στην υγεία	57
9.3.4. Διεγερτικά και εθισμός.....	58
10. Η μεθυλφαινιδάτη (ΜΡΗ) σε περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ.....	60
10.1. Βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις του ΜΡΗ σε ΔΕΠ-Υ	60
10.2.1. Μακροπρόθεσμη χορήγηση ΜΡΗ	62
11. Θεραπευτικές μέθοδοι ΔΕΠ-Υ	65
11.1. Μορφές θεραπείας των ΔΕΠ-Υ.....	65
11.1.2. Χρήση θεραπείας.....	66
11.1.3. Γνωστική εκπαίδευση	66
12. Εκπαίδευση και κατάρτιση ατόμων ΔΕΠ-Υ	69
12.1. Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις	69
12.2. Σχολικά προγράμματα για παιδιά με ΔΕΠ-Υ	69
12.2.1. ΔΕΠ-Υ στην τάξη.....	69
13. Μέθοδος.....	73
13.1. Δείγμα.....	73
13.2. Υλικά	75

13.3. Διαδικασία.....	76
14. Αποτελέσματα	79
15. Συζήτηση.....	82
15.1. Περιορισμοί της έρευνας	84
15.2. Προτάσεις για το μέλλον	85
16. Συμπεράσματα	87
Βιβλιογραφικές αναφορές	88

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια συχνή νευρο-συμπεριφορική διαταραχή με εμφάνιση στην παιδική ηλικία. Χαρακτηρίζεται από ένα πρότυπο αναπτυξιακής ακατάλληλης και μη προσαρμοστικής απροσεξίας, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας, με αποτέλεσμα την εξασθένιση της οικογενειακής, κοινωνικής, ακαδημαϊκής και επαγγελματικής λειτουργίας. Η ΔΕΠ-Υ έχει παγκόσμια επίπτωση 3-5% στον ενήλικο πληθυσμό και επηρεάζει το 11% των παιδιών σχολικής ηλικίας (Polanczyk, De Lima, Horta, Biederman & Rohde, 2007). Στην πραγματικότητα, μόνο περίπου το 1/3 των παιδιών με ΔΕΠ-Υ έχουν σχετικά ανεμπόδιστη λειτουργία στην ενηλικίωση.

Ο καθένας μπορεί να έχει δυσκολία να καθίσει ακίνητος, να προσέξει ή να ακολουθήσει παρορμητική συμπεριφορά κάποτε. Για ορισμένα άτομα, ωστόσο, τα προβλήματα είναι τόσο διαδεδομένα και επίμονα που παρεμβαίνουν σε κάθε πτυχή της ζωής τους: σπίτι, μόρφωση, κοινωνία και εργασία. Τα συμπτώματα συνεχίζονται έως την ενηλικίωση σε περισσότερα από τα τρία τέταρτα των περιπτώσεων. Η ΔΕΠ-Υ χαρακτηρίζεται από αναπτυξιακά ακατάλληλα επίπεδα απροσεξίας, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας.

Τα άτομα με αυτή τη διαταραχή μπορούν να είναι πολύ επιτυχημένα στη ζωή τους. Ωστόσο, χωρίς ταυτοποίηση και κατάλληλη θεραπεία, η ΔΕΠ-Υ μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες, όπως σχολική αποτυχία, οικογενειακό άγχος και διαταραχή, κατάθλιψη, προβλήματα με σχέσεις, κατάχρηση ουσιών, παραβατικότητα, τυχαίους τραυματισμούς και αποτυχία εργασίας. Η έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία είναι εξαιρετικά σημαντική (Brown, 2005).

ΠΡΩΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ ΕΛΛΕΙΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ ΚΑΙ ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ
ΟΡΙΣΜΟΣ-ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

1. Ορισμός ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή της παιδικής ηλικίας και της εφηβείας που χαρακτηρίζεται από ένα είδος διάχυτης, επίμονης και εξουθενωτικής έλλειψης προσοχής, υπερδραστηριότητας και παρορμητικότητας. Θεωρείται ως ένας από τους πιο συνηθισμένους λόγους για παραπομπές σε γιατρούς ψυχικής υγείας, παιδιατρικούς νευρολόγους και ψυχιάτρους παιδιών και εφήβων. Αν και αρχικά θεωρήθηκε ότι επηρέαζε κυρίως τη παιδική ηλικία, τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ έχουν επίσης αποδειχθεί ότι παραμένουν σε ασθενείς έως την εφηβεία, ακόμη και έως την ενηλικίωση (Brown, 2005·Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Η διαταραχή είναι συχνά χρόνια, με το ένα τρίτο αυτών που επηρεάζονται να παραμένουν σε αυτή την κατάσταση έως την ενηλικίωση. Σαν ασθένεια παρεμβαίνει σε πολλούς τομείς φυσιολογικής ανάπτυξης και λειτουργίας στη ζωή ενός παιδιού. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ είναι πιο πιθανό από τους συνομηλικούς τους να βιώσουν εκπαιδευτική ανεπάρκεια, κοινωνική απομόνωση και αντικοινωνική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια των σχολικών ετών και να συνεχίσουν να αντιμετωπίζουν σημαντικές δυσκολίες στη μετέπειτα ζωή τους. Η ΔΕΠ-Υ είναι μία από τις πιο συχνές νευροαναπτυξιακές διαταραχές της παιδικής ηλικίας (Solovieva & Quintanar, 2017·Κάκουρος, 2005)

1.1. Ιστορική αναδρομή

Η ΔΕΠ-Υ αναγνωρίζεται πλέον ως επίμονη νευροαναπτυξιακή διαταραχή με γνωστές δομικές και λειτουργικές ανωμαλίες του εγκεφάλου. Η παρούσα κατάσταση της ΔΕΠ-Υ έχει εξελιχθεί παράλληλα με τον τομέα της ψυχιατρικής τα τελευταία 35 χρόνια, αναγνωρίζοντας τη μετάβαση από τις ψυχολογικές και περιβαλλοντικές εξηγήσεις της συμπεριφοράς στο βιολογικό πλαίσιο, με βάση τις εκθετικές εξελίξεις στη νευροαπεικονιστική και γενετική έρευνα (Faraone et al., 2015). Η τάση προς μια βιολογική εξήγηση για τη ΔΕΠ-Υ ήταν καθιερωμένη ακόμη και πριν το 1980 που επινοήθηκε ο όρος, ειδικά μεταξύ ψυχιάτρων που υπέθεσαν μια βάση, πιθανώς ανεπάρκεια ντοπαμίνης για την κατάσταση που αργότερα περιγράφηκε ως Ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία (Minimal Brain Dysfunction) και κατέληξε σε ΔΕΠ-Υ (Faraone, Asherson, Banaschewski, Biederman, Buitelaar, Ramos-Quiroga, & Franke, 2015)

Οι πρώτοι εφευρέτες της επίσημης υιοθέτησης της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ, η οποία χρονολογείται από τον 19ο αιώνα, συμπεριέλαβαν το Υπερδραστικό / Υπερκινητικό Σύνδρομο και τελικά κατέληξαν στην ευρεία κατηγορία της Ελάχιστης Εγκεφαλικής Δυσλειτουργίας. Είναι άξιο προσοχής το γεγονός ότι η πρώτη χρήση ενός διεγερτικού φαρμάκου ως ηρεμιστική επίδραση στην υπερδραστηριότητα ήταν σε παιδιά που θεωρούνταν ότι έχουν εγκεφαλική βλάβη και όχι σε εκείνα με γενετικές νευροαναπτυξιακές διαταραχές όπως το σύνδρομο Down. Η ομάδα ατόμων που

ορίστηκε ως εγκεφαλική βλάβη ορίστηκε σε γενικές γραμμές από τον συνδυασμό υπερκινητικότητας και κινητικών βλαβών, αλλά σε μικρότερο βαθμό δεν ανταποκρίνεται στη διάγνωση της εγκεφαλικής παράλυσης (Wood, McCarthy & Krasowski, 2018).

Το συνέδριο που εισήγαγε τον όρο Ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία βασίστηκε στην ιδέα της «εγκεφαλικής βλάβης» ως συνδυασμός υπερκινητικότητας και δευτερεύουσας κινητικής δυσλειτουργίας, και πρόσθεσε επίσης ένα σύνολο μαθησιακών και αντιληπτικών ανωμαλιών στην περιγραφή. Αρχικά, η δυσλεξία διαχωρίστηκε ως μια πολύ ειδική κατηγορία, αλλά αργότερα για την εκπαιδευτική ταξινόμηση υπαγόταν στην κατηγορία των μαθησιακών δυσκολιών (Karski, T., Karski, J., Oleszczuk, J., Oleszczuk, H., Domagała & Menet, 2019).

Στα έτη μεταξύ του 1966 και του 1975, η εφαρμογή του ομοσπονδιακού νόμου περί ειδικής εκπαίδευσης των ΗΠΑ, ορισμένα κράτη είχαν μαθήματα για άτομα με εγκεφαλική βλάβη, ενώ άλλα είχαν μαθήματα για εκείνα με νευρολογικές διαταραχές. Ωστόσο, οι απαιτήσεις εισαγωγής και για τα δύο περιελάμβαναν συμπτώματα υπερκινητικότητας, μικρές κινητικές ανωμαλίες και μαθησιακές διαταραχές, αλλά με IQ στο φυσιολογικό εύρος. Έτσι, πριν από το 1980, ο δεσμός μεταξύ μικρών κινητικών ανωμαλιών, που συχνά αναφέρονταν ως ήπια σημάδια και ο πρόδρομος συμπεριφοράς της ΔΕΠ-Υ ήταν πολύ ισχυρός, έτσι ώστε μια δημοσίευση να αποδείξει ότι μια ποσοτική εξέταση θα μπορούσε να διακρίνει τους τυπικά αναπτυσσόμενους μαθητές από τα υπερκινητικά αγόρια που ήταν απαλλαγμένα από μαθησιακές δυσκολίες (Jacobson, Crocetti, Dirlikov, Slifer, Denckla, Mostofsky & Mahone, 2018).

ΔΕΥΤΕΡΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΠΤΩΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

2. Μορφές συμπτωμάτων

Μερικά άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν κυρίως συμπτώματα απροσεξίας. Μερικά έχουν κυρίως υπερκινητικά και παρορμητικά συμπτώματα. Άλλοι έχουν έναν συνδυασμό διαφορετικών τύπων συμπτωμάτων. Εκείνοι με συνήθως απρόσεκτα συμπτώματα λέγεται ότι έχουν κάποια διαταραχή έλλειψης προσοχής. Τείνουν να είναι λιγότερο ενοχλητικά και είναι πιθανότερο να μην διαγνωστούν με ΔΕΠ-Υ (Goldstein & Ellison, 2002).

2.1. Υπερκινητικότητα - Παρορμητικότητα

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ χωρίζονται σε τρεις ομάδες:

Υπερκινητικά παιδιά πάντα φαίνεται να είναι συνεχώς σε κίνηση. Συνήθως, παίζουν ή αγγίζουν οτιδήποτε βρίσκεται στο οπτικό τους πεδίο ή μιλάνε ακατάπαυστα. Το να καθίσουν ακίνητα είτε στο φαγητό, είτε στο σχολείο κατά τη διάρκεια μαθήματος, είναι αρκετά δύσκολο και σχεδόν ακατόρθωτο. Στριφογυρίζουν στα καθίσματά τους ή περιφέρονται άσκοπα στο δωμάτιο. Αναφορικά με υπερκινητικούς έφηβους ή ενήλικες μπορεί να αισθάνονται διαρκώς ανήσυχοι. Συχνά αναφέρουν ότι πρέπει να παραμείνουν απασχολημένοι με κάτι και να κάνουν πολλά πράγματα ταυτόχρονα (Κωνσταντίνου, 2020).

Τα παρορμητικά παιδιά φαίνεται να μην μπορούν να περιορίσουν την άμεση αντίδραση ή να σκεφτούν πριν δράσουν. Συχνά θολώνουν, δεν σκέφτονται και κάνουν ακατάλληλα σχόλια, ή δείχνουν τα συναισθήματά τους χωρίς να υπολογίζουν τις συνέπειες των πράξεων τους. Η παρορμητικότητά τους μπορεί να δυσκολέψει πολύ τη ζωή τους. Πολλές φορές αδυνατούν να συγκρατηθούν και να περιμένουν να έρθει η σειρά τους για συγκεκριμένα πράγματα με αποτέλεσμα να επιδεικνύουν επιθετική συμπεριφορά προς τους άλλους όπως να χτυπήσουν ή να αρπάξουν το παιχνίδι από άλλα παιδιά (Barkley, 2015· Barkley, 2020·Barkley, Murphy & Kwasnik, 1996.)

Μερικά σημάδια υπερκινητικότητας- παρορμητικότητας είναι (Barkley, 2015· Κωνσταντίνου, 2020·Λαδίκια & Λουΐζα, 2019):

- Αίσθημα ανησυχίας, νευρικότητα στα χέρια ή στα πόδια, στριφογυρίζει ενώ κάθεται
- Τρέξιμο, ή αντίδραση σε περιπτώσεις που απαιτείται να καθίσουν ή να είναι αθόρυβα.

2.1.1. Απροσεξία

Τα παιδιά που είναι απρόσεκτα δυσκολεύονται να συγκεντρωθούν σε οποιοδήποτε πράγμα και μπορεί να βαρεθούν με κάτι μετά από λίγα λεπτά. Αν

κάνουν κάτι που πραγματικά απολαμβάνουν, δεν έχουν κανένα πρόβλημα να επικεντρωθούν και να δώσουν προσοχή. Αλλά να εστιάσουν συνειδητά στην οργάνωση και την ολοκλήρωση ενός έργου ή να μάθουν κάτι νέο είναι δύσκολο. Οι εργασίες είναι ιδιαίτερα δύσκολες για αυτά τα παιδιά. Συγκεκριμένα είναι πολύ πιθανό να ξεχάσουν να φέρουν τα βιβλία τους ή να φέρουν λάθος βιβλία ή να ξεχάσουν τις εργασίες που τους έχουν ανατεθεί. Ακόμη, και να ολοκληρωθεί η εργασία, συνήθως είναι γεμάτη λάθη και το τελικό αποτέλεσμα απογοητεύει τόσο το παιδί όσο και τους γύρω του (Barkley, 2015· Barkley, 2020).

Σύμφωνα με το DSM-V αυτά είναι τα συνηθέστερα σημάδια απροσεξίας (APA, 2013):

- Συχνά αποσπάται εύκολα η προσοχή τους από άσχετα πράγματα και ήχους
- Συχνά παραλείπουν να δώσουν προσοχή στις λεπτομέρειες και κάνουν απρόσεκτα λάθη
- Σπάνια ακολουθούν οδηγίες προσεκτικά με αποτέλεσμα να χάνουν ή να ξεχνούν πράγματα όπως παιχνίδια, ή μολύβια, βιβλία και τα εργαλεία που απαιτούνται για μια εργασία
- Συχνά παρακάμπτουν μια μη ολοκληρωμένη δραστηριότητα για μια άλλη.

Παιδιά που έχουν διαγνωστεί με τον κύριο τύπο ΔΕΠ-Υ απροσεξίας είναι σπάνια παρορμητικά ή υπερκινητικά, αλλά έχουν σημαντικό πρόβλημα στο να δώσουν προσοχή. Δείχνουν να ονειροπολούν, να συγχύζονται εύκολα, να κάνουν αργές κινήσεις και συχνά να φαίνονται ότι είναι σε λήθαργο. Μπορεί να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην επεξεργασία πληροφοριών τόσο γρήγορα και με ακρίβεια όσο τα άλλα παιδιά. Ωστόσο, αυτό το παιδί μπορεί να καθίσει ήσυχα και διακριτικά (Barkley, 2014. Κωνσταντίνου, 2020. Λαδίκια & Λουίζα, 2019). Αυτά τα παιδιά δεν παρουσιάζουν σημαντικά προβλήματα με παρορμητικότητα και υπερβολική δραστηριότητα στην τάξη, στο σχολείο, ή στο σπίτι. Μπορεί να τα πάνε καλύτερα με άλλα παιδιά από τους πιο παρορμητικούς και υπερκινητικούς τύπους ΔΕΠ-Υ, και δεν έχουν τα ίδια είδη κοινωνικών προβλημάτων. Έτσι, συχνά τα προβλήματά τους με την απροσεξία παραβλέπονται. Αλλά, χρειάζονται βοήθεια όσο και οι άλλοι τύποι ΔΕΠ-Υ που προκαλούν πιο προφανή προβλήματα (Κωνσταντίνου, 2020).

2.1.2. Συμπτώματα

Τα αγόρια και τα κορίτσια εμφανίζουν πολύ διαφορετικά συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και τα αγόρια είναι πολύ πιο πιθανό να διαγνωστούν με τη διαταραχή προσοχής. Αυτό συμβαίνει γιατί είναι πιθανό η φύση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ στα αγόρια να κάνει την κατάστασή τους πιο αισθητή από ότι στα κορίτσια. Τα αγόρια τείνουν να εμφανίζουν τα πιο συνηθισμένα συμπτώματα που σκέφτονται οι περισσότεροι όταν σκέφτονται συμπεριφορά ΔΕΠ-Υ, όπως για παράδειγμα: παρορμητικότητα ή

υπερδραστηριότητα, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης προσοχής. Τα συμπτώματα στα κορίτσια δεν είναι τόσο προφανή όσο είναι η ΔΕΠ-Υ στα αγόρια. Μπορεί να περιλαμβάνουν: χαμηλή αυτοεκτίμηση και άγχος, πνευματική εξασθένηση και έλλειψη προσοχής ή τάση για λεκτική επιθετικότητα (Reiff & Turrins, 2004).

Αυτά τα συμπτώματα εμφανίζονται νωρίς στη ζωή ενός παιδιού. Επειδή πολλά φυσιολογικά παιδιά μπορεί να έχουν αυτά τα συμπτώματα, αλλά σε χαμηλό επίπεδο, ή τα συμπτώματα μπορεί να προκληθούν από μια άλλη διαταραχή, συνεπώς είναι σημαντικό το παιδί να λάβει μια διεξοδική εξέταση και κατάλληλη διάγνωση από έναν καλά ειδικευμένο επαγγελματία (Barkley, 2014· Reiff & Turrins, 2004).

2.1.3. Χρονοδιάγραμμα - διαφοροδιάγνωση

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ θα εμφανιστούν κατά τη διάρκεια πολλών μηνών, συχνά με τα συμπτώματα της παρορμητικότητας και της υπερκινητικότητας που προηγούνται εκείνων της απροσεξίας, που δεν μπορεί να προκύψει για ένα χρόνο ή περισσότερο. Διαφορετικά συμπτώματα μπορεί να εμφανιστούν σε διαφορετικές συνθήκες, ανάλογα με τις απαιτήσεις που μπορεί να δημιουργήσει η κατάσταση για τον αυτοέλεγχο του παιδιού. Το παρορμητικό παιδί που ενεργεί πριν σκεφτεί μπορεί να θεωρηθεί ότι έχει απλώς ένα «πρόβλημα πειθαρχίας», ενώ το παιδί που είναι παθητικό ή υποτονικό μπορεί να θεωρηθεί ότι απλώς δεν έχει κίνητρα. Ωστόσο, και στις δύο περιπτώσεις μπορεί να υπάρχουν διαφορετικοί τύποι ΔΕΠ-Υ. Εξάλλου, όλα τα παιδιά μπορεί να είναι μερικές φορές ανήσυχα ή να ενεργούν χωρίς σκέψη (Τουλουμάκου, & Πανταζή, 2020).

Όταν η υπερκινητικότητα του παιδιού, η διάσπαση της προσοχής, η κακή συγκέντρωση ή η παρορμητικότητα αρχίζουν να επηρεάζουν την απόδοση στο σχολείο, κοινωνικές σχέσεις με άλλα παιδιά, ή τη συμπεριφορά στο σπίτι, τότε υπάρχουν περισσότερες πιθανότητες για ύπαρξη ΔΕΠ-Υ. Αλλά επειδή τα συμπτώματα ποικίλλουν τόσο πολύ σε όλες τις περιπτώσεις, η ΔΕΠ-Υ δεν είναι εύκολο να διαγνωστεί (Κωνσταντίνου, 2020· Λαδίκια & Λουϊζα, 2019· Τουλουμάκου, & Πανταζή, 2020).

Αυτό ισχύει ιδιαίτερα όταν η απροσεξία είναι το κύριο σύμπτωμα. Σύμφωνα με την πιο πρόσφατη έκδοση του διαγνωστικού και στατιστικού εγχειριδίου της ψυχικής διαταραχής (DSM-V-TR), υπάρχουν τρία πρότυπα συμπεριφοράς που υποδεικνύουν ΔΕΠ-Υ. Οι άνθρωποι με ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό να εμφανίσουν πολλά σημάδια της ύπαρξης απροσεξίας, με κυριότερα από αυτά, να είναι υπερκινητικοί και παρορμητικοί πολύ περισσότερο από τους άλλους της ηλικίας τους, ή ακόμη και να εμφανίσουν και τους τρεις τύπους ΔΕΠ-Υ (Wender, Ward, Reimherr & Marchant, 2000).

Σύμφωνα με όλα τα παραπάνω και τις έρευνες που έχουν διενεργηθεί, προκύπτει το συμπέρασμα ότι υπάρχουν τρεις υποκατηγορίες της ΔΕΠ-Υ εκ των οποίων είναι ο υπερκινητικός τύπος, ο απρόσεκτος τύπος (που δεν δείχνει σημαντική υπερκινητική-παρορμητική συμπεριφορά) που μερικές φορές ονομάζεται ΔΕΠ (διαταραχή ελλειμματικής προσοχής) και ο συνδυασμένος τύπος (που εμφανίζει τόσο απρόσεκτα όσο και υπερκινητικά συμπτώματα) (Wender, 2001· Wender et al. 2000).

2.1.4. Διαφορές βασικής αναπτυξιακής συμπεριφοράς και ΔΕΠ-Υ

Τα περισσότερα υγιή παιδιά είναι απρόσεκτα, υπερκινητικά ή παρορμητικά πολλές φορές. Είναι συνηθισμένο για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας να έχουν σύντομα χρονικά διαστήματα προσοχής και να μην μπορούν να παραμείνουν σε μια δραστηριότητα για μεγάλο χρονικό διάστημα. Ακόμα και σε μεγαλύτερα παιδιά και εφήβους, η προσοχή συχνά εξαρτάται από το επίπεδο ενδιαφέροντος (Καραγιάννη, 2019).

Το ίδιο ισχύει και για την υπερκινητικότητα. Τα μικρά παιδιά είναι φυσικά ενεργητικά, συχνά εξακολουθούν να είναι γεμάτα ενέργεια ακόμη και μετά από μια δύσκολη και κουραστική μέρα. Επιπλέον, ορισμένα παιδιά έχουν φυσικά υψηλότερο επίπεδο δραστηριότητας από ό, τι άλλα. Τα παιδιά δεν πρέπει ποτέ να χαρακτηριστούν ότι έχουν ΔΕΠ-Υ μόνο και μόνο επειδή είναι διαφορετικά από τους φίλους ή τα αδέρφια τους (Anastopoulos & Shelton, 2006)

ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΕΜΦΥΛΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΔΕΠ-Υ

3. Το φύλο ως παράγοντας ΔΕΠ-Υ

Τα αγόρια που πάσχουν από ΔΕΠ-Υ είναι εύκολο να εντοπιστούν και είναι πολύ πιο πιθανό να παραπεμφθούν για ιατρική εκτίμηση. Οι περισσότερες από τις μεθόδους διάγνωσης που είναι διαθέσιμες μέχρι στιγμής απευθύνονται στα αγόρια. Το ποσοστό των παιδιών που παραπέμπονται για αξιολόγηση εξακολουθεί να είναι περίπου τέσσερα ή πέντε αγόρια για κάθε κορίτσι, με αποτέλεσμα πολλά κορίτσια με ΔΕΠ-Υ να μην έχουν διαγνωστεί. Τα συμπτώματα που εμφανίζονται στα κορίτσια παρουσιάζουν διαφορές όσον αφορά τα αγόρια. Σε αντίθεση με τα αγόρια, τα κορίτσια είναι συνήθως λιγότερο επαναστατικά, λιγότερο προκλητικά και γενικότερα λιγότερο δύσκολα (Gadow & Sprafkin, 1997).

Η ΔΕΠ-Υ στα κορίτσια εμφανίζεται σε 3 πιθανούς τύπους: Τα υπερκινητικά κορίτσια ονομάζονται συχνά αγοροκόριτσα. Σε αυτή τη κατηγορία εμπίπτουν τα σωματικά δραστήρια, που έλκονται από το κίνδυνο και όχι τόσο από πιο κοριτσιίστικες δραστηριότητες. Ένας δεύτερος τύπος στα κορίτσια είναι η λεγόμενη «ονειροπόλος». Αυτά τα κορίτσια είναι ανοργάνωτα και ξεχνούν εύκολα και λειτουργούν με πιο αργό ρυθμό. Ο τελευταίος τύπος είναι ένας συνδυασμός υπερκινητικότητας και απροσεξίας. Αναφορικά με αυτή τη κατηγορία, τα κορίτσια είναι πιο ομιλητικά, ευερέθιστα και πιο συναισθηματικά. Τα κορίτσια με αυτή τη διαταραχή επιδεικνύουν εξαιρετική ευφυΐα (Μανιαδάκη, 2015).

Ωστόσο, το πιο δύσκολο σε αυτό είναι να εντοπιστούν. Αυτά τα κορίτσια τείνουν να επιδεικνύουν επιθετική συμπεριφορά και εγκληματική φύση. Ορισμένες μελέτες δείχνουν ότι μια ήπια έως μέτρια κατάθλιψη στα κορίτσια μπορεί να τους θέσει σε μεγαλύτερο κίνδυνο για εγκληματικότητα και την αντικοινωνική συμπεριφορά. Βέβαια, η θεραπεία τους διαφέρει από αυτή των αγοριών. Τέλος, όσα παρουσιάζουν συνδυασμό διαταραχών είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε συμπεριφορά με υψηλό κίνδυνο, να έχουν πιο περίπλοκες συνθήκες υγείας και να έχουν ιστορικό έκθεσης σε σωματική και σεξουαλική βία (Gadow & Sprafkin, 1997· Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου & Παπαδημητρίου, 2012· Χάιδου, 2020).

ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΑΙΤΙΑ ΕΜΦΑΝΙΣΗΣ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ

4. Αίτια εμφάνισης ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ θεωρείται παραδοσιακά ως ένα πρόβλημα που σχετίζεται με την προσοχή, που απορρέει από την αδυναμία του εγκεφάλου να φιλτράρει ανταγωνιστικές εισόδους, όπως η όραση και ο ήχος. Πρόσφατη έρευνα, ωστόσο, έδειξε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν έχουν δυσκολία σε αυτόν τον τομέα. Αντίθετα, οι ερευνητές πιστεύουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δεν είναι σε θέση να κατευνάζουν τις παρορμητικές κινήσεις τους (Barkley, 1997· Barkley, 2002· Barkley, 2015).

4. 1.Παράγοντες εμφάνισης ΔΕΠ-Υ

Δεν είναι ακόμη σαφές ποιες είναι οι άμεσες και έμμεσες αιτίες της ΔΕΠ-Υ, αν και οι επιστημονικές και τεχνολογικές εξελίξεις στον τομέα των νευρολογικών απεικονιστικών τεχνικών και της γενετικής υπόσχονται να διευκρινίσουν αυτό το ζήτημα στο μέλλον. Οι περισσότεροι ερευνητές υποπτεύονται ότι η αιτία της ΔΕΠ-Υ είναι γενετική ή βιολογική, παρόλο που αναγνωρίζουν ότι το περιβάλλον του παιδιού βοηθά στον καθορισμό συγκεκριμένων συμπεριφορών (Αντωνίου, 2016·Bruchmüller, Margraf & Schneider, 2012).

4.1. 1.Βιολογικοί παράγοντες

Μελέτες απεικόνισης που διεξήχθησαν κατά την τελευταία δεκαετία έδειξαν ποιες περιοχές του εγκεφάλου μπορεί να δυσλειτουργούν σε ασθενείς με ΔΕΠ-Υ και συνεπώς εξηγούν τα συμπτώματα της πάθησης (Iorfino, Marangoni, Cui, Hermens, Hickie & Merikangas,2020). Σύμφωνα με μελέτες διαπιστώθηκε ότι ο σωστός προμετωπιαίος φλοιός (μέρος της παρεγκεφαλίδας) και τουλάχιστον δύο από τα νευρικά κύτταρα γνωστά ως τα βασικά γάγγλια είναι σημαντικά μικρότερα σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Φαίνεται ότι αυτές οι περιοχές του εγκεφάλου σχετίζονται με τη ρύθμιση της προσοχής (Καράμπελα, Κυριαζή, Σαλαμπάνη & Σιώκη, 2016· Παπαβασιλείου & Παππά, 2017). Ο λόγος για τον οποίο αυτές οι περιοχές του εγκεφάλου είναι μικρότερες για ορισμένα παιδιά είναι ακόμη άγνωστος, αλλά οι ερευνητές έχουν προτείνει μεταλλάξεις σε πολλά γονίδια που είναι ενεργά στον προμετωπιαίο φλοιό και τα βασικά γάγγλια μπορεί να διαδραματίσουν σημαντικό ρόλο. Επιπλέον, ορισμένοι μη γενετικοί παράγοντες έχουν συνδεθεί με τη ΔΕΠ-Υ, όπως πρόωρη γέννηση, μητρική χρήση αλκοόλ και καπνού, υψηλά επίπεδα έκθεσης σε μόλυβδο και προγεννητική νευρολογική βλάβη. Αν και ορισμένοι ισχυρίζονται ότι τα πρόσθετα τροφίμων, η ζάχαρη, η μαγιά ή οι κακές μέθοδοι διατροφής παιδιών οδηγούν σε ΔΕΠ-Υ, δεν υπάρχουν πειστικά στοιχεία που να υποστηρίζουν αυτές τις πεποιθήσεις (Shelton, T. L., Barkley, R. A., Crosswait, Moorehouse, Fletcher, Barrett, ., ... & Metevia, 1998. Barkley, 1998·Pelham, 1999).

4.1.2. Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Μελέτες έχουν δείξει μια πιθανή συσχέτιση μεταξύ της χρήσης τσιγάρων και αλκοόλης κατά τη εγκυμοσύνη και τον κίνδυνο για ΔΕΠ-Υ. Έτσι, για προληπτικούς λόγους, συνιστάται κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης να μην γίνεται χρήση τόσο τσιγάρων όσο και αλκοόλ (Παλίλη, 2016). Ένας άλλος περιβαλλοντικός παράγοντας που μπορεί να σχετίζεται με υψηλότερο κίνδυνο ΔΕΠ-Υ είναι υψηλά επίπεδα μολύβδου στα σώματα των μικρών παιδιών προσχολικής ηλικίας. Δεδομένου ότι ο μόλυβδος δεν επιτρέπεται πλέον και συνήθως βρίσκεται μόνο σε παλαιότερα κτίρια, η έκθεση σε τοξικά επίπεδα δεν είναι τόσο διαδεδομένη όσο ήταν κάποτε. Παιδιά που ζουν σε παλιά κτίρια στα οποία ο μόλυβδος εξακολουθεί να υπάρχει στα υδραυλικά ή στο χρώμα μολύβδου θεωρούνται περισσότερο εκτεθειμένα στο κίνδυνο εμφάνισης τέτοιου είδους διαταραχής (Barkley, 2005·Αντωνίου, 2016).

4.1.3. Εγκεφαλική βλάβη

Μια πρώιμη θεωρία ήταν ότι οι διαταραχές προκλήθηκαν από εγκεφαλική βλάβη. Μερικά παιδιά που έχουν υποστεί ατυχήματα που οδηγούν σε εγκεφαλική βλάβη είναι πιθανό να δείξουν κάποια σημάδια συμπεριφοράς παρόμοια με εκείνη της ΔΕΠ-Υ, αλλά μόνο ένα μικρό ποσοστό με ΔΕΠ-Υ έχουν βρεθεί να έχουν υπέστη κρανιοεγκεφαλικό τραύμα (Barkley, 2006).

Η τραυματική εγκεφαλική βλάβη είναι η κύρια αιτία θανάτου και αναπηρίας στα παιδιά και συχνά οδηγεί σε επίμονες διαταραχές συμπεριφοράς και νευρογνωστικά ελλείμματα στην προσοχή, τη μάθηση και τη μνήμη (1-3). Τα παιδιά με γνωστική εξασθένηση μετά από TBI επιβάλλουν μεγάλο οικονομικό και κοινωνικό βάρος στις οικογένειες και τις κοινότητές τους. Επιπλέον, αυτά τα παιδιά είναι πιο πιθανό να έχουν πιο αργή ψυχοκοινωνική ανάπτυξη και να παρουσιάζουν κακή ακαδημαϊκή επίδοση. Επομένως, η σχέση μεταξύ της TBI και των νευροψυχιατρικών συνεπειών έχει γίνει ένα κρίσιμο ερευνητικό θέμα (Barkley, 2006).

4.1.4 Πρόσθετα τροφίμων και ζάχαρης

Έχει επικρατήσει η άποψη ότι διαταραχές της προσοχής προκαλούνται από ραφινάρισμα ζάχαρη ή τρόφιμα με πρόσθετα, ή ακόμη και το γεγονός ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ επιδεινώνονται από τη κατανάλωση τέτοιου είδους τροφής. Το 1982, στα Εθνικά Ινστιτούτα Υγείας πραγματοποιήθηκε διάσκεψη για να συζητηθεί το θέμα αυτό. Από αυτή διαπιστώθηκε ότι οι διατροφικοί περιορισμοί βοήθησαν περίπου 5 τοις εκατό παιδιά με ΔΕΠ-Υ, κυρίως μικρά παιδιά που είχαν τροφικές αλλεργίες (Brown, 2000).

4.1.5. Γενετική

Διαταραχές της προσοχής συχνά υπάρχουν για πολλές γενιές στις οικογένειες, οπότε είναι πιθανό να υπάρξουν γενετικές επιρροές. Μελέτες δείχνουν ότι 25 τοις εκατό των στενών συγγενών στις οικογένειες με ΔΕΠ-Υ, παρουσιάζουν και τα παιδιά επίσης ΔΕΠ-Υ, ενώ το ποσοστό είναι περίπου 5 τοις εκατό στον γενικό πληθυσμό. Οι ερευνητές συνεχίζουν να μελετούν τη γενετική συμβολή ΔΕΠ-Υ και προσπαθούν να προσδιορίσουν τα γονίδια που επηρεάζουν ένα άτομο ώστε να είναι πιο ευπαθή σε ΔΕΠ-Υ. Από την ίδρυσή του το 1999, το Δίκτυο Μοριακής Γενετικής για τη ΔΕΠ-Υ έχει χρησιμεύσει ως ένας τρόπος για τους ερευνητές να μοιραστούν τα ευρήματα σχετικά με πιθανές γενετικές επιδράσεις στη νόσο (Κουμούλα, 2012. Τουλουμάκου & Πανταζή, 2020).

Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες σχετικά με τις αιτίες της ΔΕΠ-Υ, η δομή του εγκεφάλου παίζει σημαντικό ρόλο ώστε οι ερευνητές να κατανοήσουν καλύτερα αν υπάρχει μια βάση για διαταραχή. Ένα μέρος του εγκεφάλου στον οποίο οι επιστήμονες έχουν επικεντρωθεί είναι ο μετωπιαίος λοβός του εγκεφάλου. Οι μετωπιαίοι λοβοί είναι υπεύθυνοι για την επίλυση προβλημάτων, την κατανόηση της συμπεριφορά των άλλων, και τον έλεγχο παρορμήσεων. Οι δύο μετωπιαίοι λοβοί, δεξιά και αριστερά, επικοινωνούν μεταξύ τους μέσω του μεσολόβιου (νευρικές ίνες που συνδέουν το δεξί και το αριστερό μετωπικό λοβό). Τα βασικά γάγγλια είναι οι διασυνδεδεμένες γκρίζες μάζες βαθιά στο εγκεφαλικό ημισφαίριο που χρησιμεύουν ως σύνδεση μεταξύ του εγκεφάλου και της παρεγκεφαλίδας και, σε συνδυασμό με τη παρεγκεφαλίδα είναι υπεύθυνα για τον κινητικό συντονισμό. Η παρεγκεφαλίδα χωρίζεται σε τρία μέρη. Το μεσαίο τμήμα ονομάζεται σκώληκας. Όλα αυτά τα μέρη του εγκεφάλου έχουν μελετηθεί μέσω της χρήσης διαφόρων μεθόδων για να απεικονίζουν τον εγκέφαλο. Αυτές οι μέθοδοι περιλαμβάνουν λειτουργική απεικόνιση μαγνητικού συντονισμού (fMRI), τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) και υπολογιστική τομογραφία εκπομπής μονών φωτονίων (SPECT). Τα κύρια ή κεντρικά ψυχολογικά ελλείμματα σε άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν συνδεθεί μέσω αυτών των μελετών (Τσιάντης & Αλεξανδρίδης, 2008).

Μέχρι το 2002, οι ερευνητές του κλάδου παιδικής ψυχιατρικής NIMH είχαν μελετήσει 152 αγόρια και κορίτσια με ΔΕΠ-Υ, τα οποία αντιστοιχούσαν σε 139 κάθε ηλικίας και φύλου χωρίς ΔΕΠ-Υ. Τα παιδιά σαρώθηκαν τουλάχιστον δύο φορές, μερικά και από τέσσερις φορές σε μια δεκαετία. Ως ομάδα τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έδειξαν 3-4 τοις εκατό μικρότερους όγκους εγκεφάλου σε όλες τις περιοχές—οι μετωπικοί λοβοί, κροταφική γκρίζα ζώνη και παρεγκεφαλίδα. Η μελέτη αυτή έδειξε επίσης ότι τα παιδιά με διαταραχή που ήταν σε φαρμακευτική αγωγή είχαν όγκο λευκής ύλης που δεν διέφερε από εκείνη των ελέγχων. Αυτοί οι ασθενείς που δεν έλαβαν ποτέ φάρμακα είχαν ασυνήθιστα μικρό όγκο λευκής ύλης. Η λευκή ύλη αποτελείται από ίνες που δημιουργούν συνδέσεις μεγάλων αποστάσεων μεταξύ των

περιοχών του εγκεφάλου. Συνήθως αυξάνεται καθώς ένα παιδί μεγαλώνει και ο εγκέφαλος ωριμάζει. Αν και αυτή η μακροχρόνια μελέτη χρησιμοποίησε μαγνητική τομογραφία για τη σάρωση του εγκεφάλου των παιδιών, οι ερευνητές τόνισαν ότι η μαγνητική τομογραφία παραμένει ερευνητικό εργαλείο και δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ σε οποιοδήποτε παιδί. Αυτό ισχύει για άλλες νευρολογικές μεθόδους αξιολόγησης του εγκεφάλου, όπως το PET και το SPECT (Brown, T.,2000· Thome & Jacobs, 2004).

4.1.6. Προειδοποιητικά σημάδια

Αυτά τα συμπτώματα παρεμποδίζουν τη λειτουργία ή την ανάπτυξη. Τα άτομα που έχουν ΔΕΠ-Υ έχουν συνδυασμούς αυτών των συμπτωμάτων (Anastopoulos & Shelton, 2006· Rief, 2015· Τζιβινίκου, 2015) :

- Παραβλέπουν ή χάνουν λεπτομέρειες, κάνουν απρόσεκτα λάθη στο σχολείο, στην εργασία ή κατά τη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων.
- Έχουν προβλήματα διατήρησης της προσοχής σε εργασίες ή παιχνίδια, συμπεριλαμβανομένων συνομιλιών, διαλέξεων ή μεγάλης διάρκειας ανάγνωσης.
- Φαίνεται να μην ακούν όταν τους απευθύνει κάποιος απευθείας το λόγο.
- Αποτυχία παρακολούθησης στις οδηγίες, αποτυχία ολοκλήρωσης εργασιών, δουλειές ή καθήκοντα στο χώρο εργασίας ή ξεκίνημα εργασιών, αλλά χάνουν γρήγορα την εστίασή τους
- Έχουν προβλήματα οργάνωσης εργασιών και δραστηριοτήτων, όπως να κάνουν εργασίες διαδοχικά, διατηρώντας υλικά και αντικείμενα σε σειρά, τη διατήρηση της οργάνωσης, τη διαχείριση του χρόνου και προθεσμίες
- Αποφεύγουν ή αντιπαθούν εργασίες που απαιτούν συνεχή πνευματική προσπάθεια, όπως σχολική εργασία ή εργασία στο σπίτι ή για εφήβους και ενήλικες, προετοιμασία αναφορών, συμπλήρωση εντύπων ή κριτική
- Χάνουν τα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες, όπως το σχολείο, μολύβια, βιβλία, εργαλεία, πορτοφόλια, κλειδιά, χαρτιά, γυαλιά και κινητά τηλέφωνα
- Αποσπώνται εύκολα από άσχετες σκέψεις ή ερεθίσματα
- Ξεχνούν τις καθημερινές δραστηριότητες, όπως δουλειές, επιστροφή κλήσεων και τήρηση ραντεβού

Τα σημάδια υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας μπορεί να περιλαμβάνουν (Barkley, 2014· Seidman, 2006):

- Τίναγμα των χεριών και των ποδιών
- Τρέξιμο σε καταστάσεις όπου είναι ακατάλληλο, ή για εφήβους και ενήλικες, συχνά αισθάνονται ανήσυχοι
- Αδυναμία να παίξουν ή να ασχοληθούν με χόμπι ή σποραδικά

- Να είναι συνεχώς σε κίνηση
- Μιλούν ασταμάτητα
- Αποκάλυψη απάντησης πριν από μια ερώτηση ολοκληρώνοντας τις προτάσεις άλλων ανθρώπων ή μιλώντας χωρίς να περιμένουν τη σειρά τους
- Διακοπή άλλων, για παράδειγμα στις συνομιλίες, παιχνίδια ή δραστηριότητες

Η εμφάνιση αυτών των σημείων και συμπτωμάτων δεν σημαίνει απαραίτητα ότι ένα άτομο έχει ΔΕΠ-Υ. Πολλά άλλα προβλήματα, όπως το άγχος, κατάθλιψη και ορισμένοι τύποι μαθησιακών δυσκολιών έχουν παρόμοια συμπτώματα. Εάν υπάρχει ανησυχία ότι ένα παιδί ή ένας ενήλικας μπορεί να έχει ΔΕΠ-Υ, το πρώτο βήμα είναι να υπάρξει παραπομπή σε έναν επαγγελματία υγείας ώστε να υπάρξει εμπεριστατωμένη γνώμη και διάγνωση. Η διάγνωση μπορεί να γίνει από ένα επαγγελματία ψυχικής υγείας, όπως ψυχίατρο ή κλινικό ψυχολόγο, πάροχο πρωτοβάθμιας περίθαλψης ή παιδίατρο (Drechsler, Brem, Brandeis, Grünblatt, Berger & Walitza, 2020).

ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΔΕΥΠ-Υ – ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

5. ΔΕΠ-Υ - Συννοσηρότητα

Μαθησιακές δυσκολίες: Πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ, περίπου 20 έως 30 τοις εκατό, έχουν επίσης μια συγκεκριμένη μαθησιακή αναπηρία. Στα προσχολικά έτη, αυτές οι αναπηρίες περιλαμβάνουν δυσκολία στην κατανόηση ορισμένων ήχων ή λέξεων και δυσκολία στην έκφραση με λέξεις. Σε παιδιά σχολικής ηλικίας, μπορεί να εμφανιστούν αναπηρίες ανάγνωσης ή ορθογραφίας, διαταραχές γραφής και αριθμητικές διαταραχές. Ένας τύπος διαταραχής ανάγνωσης, η δυσλεξία, είναι αρκετά διαδεδομένος. Οι δυσκολίες ανάγνωσης επηρεάζουν έως και το 8% των παιδιών του δημοτικού σχολείου (Λαδίκια, & Λουΐζα, 2019· Λιβανίου, 2004).

5.1. Συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ με άλλες διαταραχές

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια κλινικά ετερογενής κατάσταση που συνήθως περιπλέκεται από εκτεταμένες συννοσηρές καταστάσεις. Ο έλεγχος για συννοσηρότητα είναι επιτακτικός για τη σωστή διαχείριση αυτών των παιδιών και εφήβων που παρουσιάζουν πολύπλοκες δυσκολίες. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για τη διευκρίνιση των επιπτώσεων της συννοσηρότητας όσον αφορά τη διάγνωση και τη διαχείριση παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Barkley, 2014· Παπαβασιλείου & Παππά, 2017).

5.1.1. Μαθησιακές δυσκολίες

Πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ, περίπου 20 έως 30 τοις εκατό, έχουν επίσης μια συγκεκριμένη μαθησιακή αναπηρία. Στα προσχολικά έτη, αυτές οι αναπηρίες περιλαμβάνουν δυσκολία στην κατανόηση ορισμένων ήχων ή λέξεων και δυσκολία στην έκφραση με λέξεις. Σε παιδιά σχολικής ηλικίας, μπορεί να εμφανιστούν αναπηρίες ανάγνωσης ή ορθογραφίας, διαταραχές γραφής και αριθμητικές διαταραχές. Ένας τύπος διαταραχής ανάγνωσης, η δυσλεξία, είναι αρκετά διαδεδομένος. Οι δυσκολίες ανάγνωσης επηρεάζουν έως και το 8% των παιδιών του δημοτικού σχολείου (Τζιβιλίκου, 2015).

5.1.2. Σύνδρομο Tourette

Ένα πολύ μικρό ποσοστό ατόμων με ΔΕΠ-Υ έχουν μια νευρολογική διαταραχή που ονομάζεται σύνδρομο Tourette. Τα άτομα με Tourette έχουν διάφορα νευρικά τικ με επαναλαμβανόμενους τρόπους, όπως αναλαμπές ματιών ή συσπάσεις του προσώπου ή μορφασμούς. Άλλοι μπορεί να καθαρίζουν τον λαιμό τους συχνά, να ρουθουνίζουν, ή να φωνάζουν τις λέξεις τους. Αυτές οι συμπεριφορές μπορούν να ελεγχθούν με φαρμακευτική αγωγή. Ενώ πολύ λίγα παιδιά έχουν αυτό το σύνδρομο, πολλές από τις περιπτώσεις του συνδρόμου Tourette έχουν συνδεθεί με ΔΕΠ-Υ. Σε τέτοιες περιπτώσεις, και οι δύο διαταραχές συχνά απαιτούν θεραπεία που μπορεί να

περιλαμβάνει φάρμακα (Comings, 1990. Evans & Cavanna, 2016· Καλιαμούρη & Κατσαράκη,2016).

5.1.3. Αντιθετική προκλητική διαταραχή

Το ένα τρίτο έως το ήμισυ όλων των παιδιών με ΔΕΠ-Υ, ως επί το πλείστον αγόρια, έχουν μια άλλη πάθηση, γνωστή ως αντιθετική προκλητική διαταραχή. Αυτά τα παιδιά είναι συχνά προκλητικά, πεισματάρικα, δεν συμμορφώνονται, έχουν ξεσπάσματα ή γίνονται επιθετικά. Διαφωνούν με ενήλικες και αρνούνται να υπακούσουν (Murphy, Lewin, Storch, & Stock, 2013)

5.1.4. Διαταραχή συμπεριφοράς

Περίπου 20 έως 40 τοις εκατό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί τελικά να αναπτύξουν διαταραχή συμπεριφοράς, ένα πιο σοβαρό πρότυπο αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Αυτά τα παιδιά συχνά ψεύδονται ή κλέβουν, πολεμούν ή εκφοβίζουν άλλους, και διατρέχουν πραγματικό κίνδυνο να μπλέξουν σε προβλήματα στο σχολείο ή με το νόμο. Παραβιάζουν τα βασικά δικαιώματα άλλων ανθρώπων, είναι επιθετικοί απέναντι σε ανθρώπους ή και ζώα, καταστρέφουν περιουσίες, εισέρχονται σε σπίτια ανθρώπων, διαπράττουν κλοπές, μεταφέρουν ή χρησιμοποιούν όπλα ή εμπλέκονται σε βανδαλισμούς. Αυτά τα παιδιά ή οι έφηβοι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο για πειραματισμό στη χρήση ουσιών και αργότερα εξάρτηση και κατάχρηση. Χρειάζονται άμεση βοήθεια (Κουρκούτας, 2011).

5.1.5. Άγχος και κατάθλιψη

Μερικά παιδιά με ΔΕΠ-Υ συχνά συνυπάρχουν με το άγχος ή την κατάθλιψη. Εάν το άγχος ή η κατάθλιψη αναγνωριστεί και αντιμετωπιστεί, το παιδί θα είναι καλύτερα σε θέση να χειριστεί τα προβλήματα που συνοδεύουν τη ΔΕΠ-Υ. Αντίστροφα, η αποτελεσματική θεραπεία της ΔΕΠ-Υ μπορεί να έχει θετικό αντίκτυπο στο άγχος, καθώς το παιδί είναι καλύτερα σε θέση να διαχειριστεί ακαδημαϊκά καθήκοντα (Τάντου, 2019)

5.1.6. Διπολική διαταραχή

Δεν υπάρχουν ακριβή στατιστικά στοιχεία για το πόσα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν επίσης διπολική διαταραχή. Η διαφοροποίηση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και διπολικής διαταραχής στην παιδική ηλικία μπορεί να είναι δύσκολη. Στην κλασική της μορφή, η διπολική διαταραχή χαρακτηρίζεται από τον κύκλο της διάθεσης μεταξύ περιόδων έντονου υψηλού και χαμηλού επιπέδου. Αλλά στα παιδιά, η διπολική συχνά φαίνεται να είναι μια μάλλον χρόνια δυσλειτουργία της διάθεσης με ένα μείγμα ευφορίας, κατάθλιψης και ευερεθιστότητας. Επιπλέον, υπάρχουν μερικά συμπτώματα που μπορεί να υπάρχουν τόσο στη ΔΕΠ-Υ όσο και στη διπολική διαταραχή, όπως υψηλό

επίπεδο ενέργειας και μειωμένη ανάγκη για ύπνο (ΑΡΑ, 2000· Παπανικολόπουλος, 2020).

ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΔΕΠ-Υ ΕΝΗΛΙΚΩΝ

6. ΔΕΠ-Υ κατά την ενήλικη ζωή

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια πολύ διαδεδομένη παιδική διαταραχή που επηρεάζει περίπου το 3 έως 5 τοις εκατό των παιδιών. Αυτό που είναι πολύ λιγότερο γνωστό είναι η πιθανότητα, τα παιδιά που έχουν ΔΕΠ-Υ, πολλά να το έχουν και ως ενήλικες. Αρκετές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν τα τελευταία χρόνια εκτιμούν ότι μεταξύ 30% και 70% των παιδιών με ΔΕΠ-Υ συνεχίζουν να εμφανίζουν συμπτώματα στα ενήλικα χρόνια (Biederman et al., 2005· Κάκουρος, Ζουρνατζής & Μανιαδάκη, 2015·Κωνσταντίνου, 2020).

6.1. Κριτήρια διάγνωσης ΔΕΠ-Υ ενηλίκων

Οι πρώτες μελέτες για ενήλικες που δεν είχαν ποτέ διαγνωστεί ως παιδιά με ΔΕΠ-Υ, αλλά έδειξαν συμπτώματα ως ενήλικες, πραγματοποιήθηκαν στα τέλη της δεκαετίας του 1970 από τον Δρ. Paul Wender, Frederick Reimherr και David Wood. Αυτοί οι συμπτωματικοί ενήλικες διαγνώστηκαν αναδρομικά με ΔΕΠ-Υ μετά από συνεντεύξεις των ερευνητών με τους γονείς τους. Οι ερευνητές ανέπτυξαν κλινικά κριτήρια για τη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ ενηλίκων (τα Κριτήρια της Γιούτα) που συνδύαζαν το ιστορικό ΔΕΠ-Υ με τις τρέχουσες ενδείξεις συμπεριφορών. Πλέον έχουν γίνει γνωστές και είναι διαθέσιμες και άλλες διαγνωστικές αξιολογήσεις. Μεταξύ αυτών είναι η ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα αξιολόγησης Conners και η κλίμακα διαταραχών έλλειψης προσοχής Brown (Αναγνωστόπουλος, 2001· Barkley, Murphy & Fischer, 2010).

Συνήθως, οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ δεν γνωρίζουν ότι έχουν αυτήν τη διαταραχή, συχνά απλώς αισθάνονται ότι είναι αδύνατο να οργανωθούν, να συγκεντρωθούν σε μια δουλειά, να κρατήσουν ραντεβού. Τα καθημερινά καθήκοντα του να σηκωθούν, να ντυθούν και να ετοιμαστούν για τις καθημερινές ασχολίες, να φτάσουν στην ώρα τους και να είναι παραγωγικοί στη δουλειά μπορεί να είναι σημαντικές προκλήσεις για τον ενήλικα με ΔΕΠ-Υ (Faraone et al., 2006· Faraone & Wilens, 2003).

6.1.1. Συμπτωματολογία

Η απροσεξία και η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα είναι τα βασικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ. Παραδείγματα συμπτωμάτων απροσεξίας είναι (Barkley, Murphy & Fischer, 2010):

- αδυναμία εστίασης σε μια εργασία για μεγάλο χρονικό διάστημα
- έλλειψη προσοχής στη λεπτομέρεια
- αποδιοργάνωση
- ξεχνώντας τα πράγματα

- αποσπάται εύκολα
- καθυστέρηση στην εκτέλεση εργασιών
- αναξιόπιστες εργασιακές συνήθειες
- ξεχνώντας ραντεβού
- περισσότερα ατυχήματα
- κακή διαχείριση χρόνου.

Άτομα με συμπτώματα υπερκινητικότητας μπορεί (Faraone et al., 2006· Faraone & Wilens, 2003·Young, 2005):

- νευρική
- αδυναμία να μείνει στη θέση του και να συγκεντρωθεί
- ασταμάτητη ομιλία
- γρήγορες σκέψεις
- προβλήματα ύπνου

Μερικά άτομα μπορεί να έχουν συμπτώματα παρορμητικότητας. Αυτά μπορεί να είναι τα εξής (Vreugdenhil, Doreleijers, Vermeiren, Wouters & Van Den Brink, 2004):

- Να αρχίζουν δραστηριότητες ή εργασίες και να μην τις τελειώνουν
- να μη λαμβάνουν υπόψη τις συνέπειες των ενεργειών τους
- να διακόπτουν άλλους ανθρώπους
- να έχουν προβλήματα με τα χρήματα
- να αλλάζουν συχνά θέσεις εργασίας
- χρήση ναρκωτικών ή αλκοόλ
- Συχνός εκνευρισμός

Ωστόσο, δεν χρειάζεται να υπάρχουν όλα αυτά τα συμπτώματα σε έναν ενήλικα για να διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ. Συχνά, τα άτομα αυτά αισθάνονται αρκετά απογοητευμένα με αποτέλεσμα να καταλήξουν σε άγχος ή κατάθλιψη επειδή δεν μπορούν να επιτύχουν τους στόχους τους. Τα προβλήματα ύπνου και τα προβλήματα

σχέσεων μπορεί να είναι ο λόγος οι άνθρωποι αρχικά αναζητούν θεραπεία (Barkley & Murphy, 2006. Biederman, Spencer, Wilens, Weisler, Read & Tulloch, 2005).

Τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ σε ενήλικες μπορεί να επηρεάσουν (Biederman et al., 2005· Κάκουρος, Ζουρνατζής & Μανιαδάκη, 2015·Κωνσταντίνου, 2020):

Εργασιακή απόδοση. Η απόδοση της εργασίας τους μπορεί να είναι ασυνεπής επειδή έχουν προβλήματα στην οργάνωση της εργασίας τους, στη διαχείριση του χρόνου τους και στην επικέντρωση σε μία εργασία κάθε φορά. Μπορούν να είναι ξεχασμένοι και να χάνουν τα πράγματα ή να χάνουν τα πράγματα. Μπορεί να παραιτηθούν από την πλήξη.

Προσωπικές σχέσεις. Οι σχέσεις μπορεί να υποφέρουν για ενήλικες που έχουν προβλήματα εστιάζοντας την προσοχή τους σε συνομιλίες, "διαβάζοντας" τη συμπεριφορά και τις διαθέσεις των άλλων και εκφράζοντας τα δικά τους συναισθήματα.

Ιδιοσυγκρασία. Το να απογοητεύεστε εύκολα συχνά σχετίζεται με δυσκολία ανεκτικότητας στο άγχος. Αυτοί οι ενήλικες μπορεί να αντιδράσουν υπερβολικά και να έχουν σύντομη, γρήγορη ιδιοσυγκρασία.

Ικανότητα επίλυσης προβλημάτων. Οι ενήλικες που δυσκολεύονται να περιμένουν πράγματα που θέλουν μπορεί να μην μπορούν να προβλέψουν με ακρίβεια τις συνέπειες των ενεργειών τους. Ως αποτέλεσμα, ενδέχεται να εμπλέκονται σε επικίνδυνες συμπεριφορές, όπως σεξ χωρίς προφυλάξεις, μη ασφαλής οδήγηση, χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών ή παράλογες οικονομικές επιχειρήσεις.

6.1.2. Διάγνωση

Η διάγνωση ενός ενήλικα με ΔΕΠ-Υ δεν είναι εύκολη. Πολλές φορές, όταν ένα παιδί διαγνωστεί με τη διαταραχή, ένας γονέας θα αναγνωρίσει ότι έχει πολλά από τα ίδια συμπτώματα που έχει το παιδί και, για πρώτη φορά, θα αρχίσει να καταλαβαίνει ορισμένα από τα χαρακτηριστικά που του έχουν προκαλέσει προβλήματα για χρόνια όπως απόσπαση της προσοχής, παρορμητικότητα, ανησυχία. Άλλοι ενήλικες θα αναζητήσουν επαγγελματική βοήθεια για κατάθλιψη ή άγχος και θα ανακαλύψουν ότι η βασική αιτία ορισμένων από τα συναισθηματικά τους προβλήματα είναι η ΔΕΠ-Υ (Robin, 1999).

Αυτοί οι άνθρωποι μπορεί να έχουν ιστορικό σχολικών αποτυχιών ή προβλημάτων στην εργασία. Άλλο σοβαρό πρόβλημα είναι ότι μπορεί να έχουν εμπλακεί σε τροχαία ατυχήματα. Για να διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ, ένας ενήλικας πρέπει να υπάρχουν συμπτώματα από τη παιδική του ηλικία, καθώς επίσης και επίμονα και τρέχοντα

συμπτώματα. Η ακρίβεια της διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ για ενήλικες είναι υψίστης σημασίας και πρέπει να γίνει από έναν γιατρό με εμπειρία στον τομέα της συγκεκριμένης νόσου (Ανδρεάκη & Ξενικάκη, 2018).

Για μια ακριβή διάγνωση, θα χρειαστεί ένα ιστορικό της παιδικής συμπεριφοράς του ασθενούς, μαζί με μια συνέντευξη με τον σύντροφό του, έναν γονέα, έναν στενό φίλο ή άλλο στενό συνεργάτη. Πρέπει επίσης να δοθεί φυσική εξέταση και ψυχολογικές εξετάσεις. Μπορεί να υπάρχει συσχέτιση με άλλες καταστάσεις όπως συγκεκριμένες μαθησιακές δυσκολίες, άγχος ή συναισθηματικές διαταραχές (Κάκουρος, Ζουρνατζής & Μανιαδάκη, 2015).. Η σωστή διάγνωση της ΔΕΠ-Υ μπορεί να προκαλέσει μια αίσθηση ανακούφισης. Ο ασθενής πέρασε στην ενηλικίωση με πολλές αρνητικές αντιλήψεις για τον εαυτό του που μπορεί να έχουν οδηγήσει σε χαμηλή εκτίμηση. Τώρα μπορεί να αρχίσει να καταλαβαίνει γιατί έχει μερικά από τα προβλήματά του και μπορεί να αρχίσει να τα αντιμετωπίζει. Αυτό μπορεί να σημαίνει, όχι μόνο θεραπεία για ΔΕΠ-Υ, αλλά και ψυχοθεραπεία που μπορεί να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει τον θυμό που αισθάνεται για την αποτυχία διάγνωσης της διαταραχής όταν ήταν νεότερος (Garcia et al., 2010).

ΕΒΔΟΜΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟΣ ΑΝΤΙΚΤΥΠΟΣ

7. Ο κοινωνικός αντίκτυπος στα άτομα με ΔΕΠ-Υ

Τα παιδιά με σοβαρή ΔΕΠ-Υ μπορεί να απορριφθούν ή να μην τους αρέσουν τα άλλα παιδιά, επειδή διακόπτουν το παιχνίδι τους ή βλάπτουν τα υπάρχοντά τους. Είναι εύκολο για ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ να χαρακτηριστεί ως ενοχλητικό ή για τους γονείς να πιστεύουν ότι είναι δικό τους λάθος να μην ελέγχουν το παιδί τους. Μέρος της δυσκολίας είναι ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να μην συνειδητοποιήσουν πώς η συμπεριφορά τους επηρεάζει άλλους ανθρώπους. Μπορεί να θέλουν να κάνουν φίλους, αλλά δεν έχουν ιδέα πώς να το κάνουν, αφού δεν πήραν ποτέ τους βασικούς κανόνες κοινωνικής συμπεριφοράς που τα περισσότερα παιδιά μαθαίνουν φυσικά. Επειδή τα παιδιά είναι παρορμητικά, είναι επίσης εύκολο για τα άλλα παιδιά να τα κάνουν να συμπεριφέρονται άσχημα (Chan, Fogler & Hammerness, 2016).

7.1. Κοινωνικές ηλικιακές διαφοροποιήσεις

Η κακή συγκέντρωση, τα υψηλά επίπεδα δραστηριότητας και η παρορμητικότητα είναι συχνά χαρακτηριστικά των φυσιολογικών παιδιών προσχολικής ηλικίας. Κατά συνέπεια, βασικός κανόνας σε αυτή την ηλικία είναι η τακτική παρακολούθηση της συμπεριφοράς του παιδιού ώστε να μπορέσει να ελεγχθεί το οτιδήποτε διαφορετικό, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι πρόκειται απαραίτητα για περίπτωση ΔΕΠ-Υ. Παρόλα αυτά, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορεί να ξεχωρίζουν (Bjornstad & Montgomery, 2005). Σε αυτήν την ηλικιακή ομάδα υπάρχει συχνά ασυνήθιστα χαμηλή ένταση παιχνιδιού. Μπορεί επίσης να υπάρχουν συναφείς δυσκολίες, όπως καθυστερημένη ανάπτυξη, αντιφατική συμπεριφορά και κακές κοινωνικές δεξιότητες. Εάν η ΔΕΠ-Υ υπάρχει σαν πιθανότητα, είναι ζωτικής σημασίας να προσφερθούν από νωρίς στοχευμένες συμβουλές και υποστήριξη τόσο για το παιδί όσο και για τους γονείς. Ακόμα και σε αυτό το πρώιμο στάδιο, το άγχος της οικογένειας μπορεί να είναι τεράστιο όταν ένα παιδί δεν ανταποκρίνεται σε συνηθισμένα και καθημερινά αιτήματα και συμβουλές συμπεριφοράς. Η στοχευμένη εργασία με παιδιά προσχολικής ηλικίας και τους φροντιστές τους έχει αποδειχθεί αποτελεσματική στη βελτίωση της αλληλεπίδρασης γονέων και στη μείωση του γονικού στρες (Barkley, 2002· Guyer, 2000 ·Iorfino, Marangoni, Cui, Hermens, Hickie, & Merikangas, 2020).

7.1.2. Το παιδί κατά τα πρώτα σχολικά έτη

Ένα παιδί δημοτικού σχολείου με ΔΕΠ-Υ αρχίζει σταδιακά να φαίνεται διαφορετικό καθώς οι συμμαθητές του αρχίζουν να αναπτύσσουν τις δεξιότητες και την ωριμότητα που χρειάζεται ώστε να μπορέσουν να μάθουν με επιτυχία στο σχολείο. Παρόλο που ένας ευαίσθητος και με εμπειρία δάσκαλος μπορεί να είναι σε θέση να προσαρμόσει την τάξη για να επιτρέψει σε ένα ικανό παιδί με ΔΕΠ-Υ να πετύχει, συχνότερα το παιδί αντιμετωπίζει σχολική αποτυχία, απόρριψη από συνομηλίκους και χαμηλή αυτοεκτίμηση (Chan, et al., 2016). Τα συννοσηρά προβλήματα, όπως συγκεκριμένες μαθησιακές δυσκολίες, μπορεί επίσης να

αρχίσουν να επηρεάζουν το παιδί, περιπλέκοντας περαιτέρω τη διάγνωση και τη διαχείριση. Η εκτίμηση και αξιολόγηση από έναν εκπαιδευτικό ψυχολόγο μπορεί να βοηθήσει στην αποκάλυψη των μαθησιακών δυνατοτήτων και δυσκολιών και να παρέχει συμβουλές για την απαραίτητη υποστήριξη στην τάξη (Ανδρεάκη & Ξενικάκη, 2018).

Συχνά, δυσκολίες στο σπίτι ή στις εξόδους, όπως για παράδειγμα, σε χώρους εκτός σπιτιού ή επίσκεψη σε άλλα μέλη της οικογένειας, γίνονται επίσης πιο εμφανείς σε αυτήν την ηλικία. Οι γονείς μπορεί να διαπιστώσουν ότι τα μέλη της οικογένειας αρνούνται να φροντίσουν το παιδί και ότι τα άλλα παιδιά δεν το δέχονται ούτε για παιχνίδι ούτε σε άλλες δραστηριότητες. Πολλά παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν πολύ κακές συνήθειες ύπνου και παρόλο που φαίνεται ότι δεν χρειάζονται πολύ ύπνο, η συμπεριφορά τους κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι συχνά χειρότερη όταν δεν κοιμούνται σωστά (DuPaul & Stoner, 2003· Παπαβασιλείου & Παππά, 2017). Ως αποτέλεσμα, οι γονείς έχουν λίγο χρόνο για τον εαυτό τους, καθώς το παιδί είναι πολλές ώρες ξύπνιο και δεν μπορεί να μένει μόνο του αλλά πρέπει συνεχώς κάποιος να το παρακολουθεί. Δεν είναι σπάνιο το γεγονός ότι οι οικογενειακές σχέσεις μπορεί να δυσκολεύουν, και σε ορισμένες περιπτώσεις καταρρέουν, προκαλώντας επιπλέον κοινωνικές και οικονομικές δυσκολίες. Αυτό μπορεί να κάνει τα παιδιά να αισθάνονται λυπημένα ή ακόμη και να δείχνουν αρνητική ή επιθετική συμπεριφορά (Johnston & Mash, 2001).

Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής του παιδιού που πάσχει από διαταραχή είναι δύσκολη. Οι αξιολογήσεις συμπεριφοράς πραγματοποιούνται συνήθως από τους γονείς, τους δασκάλους ή τους επαγγελματίες υγείας και συνήθως μπορεί να προκύψει μόνο πώς πρέπει να αισθάνεται το παιδί. Ωστόσο, τα δεδομένα από αξιολογήσεις δείχνουν ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ βλέπουν τη προβληματική συμπεριφορά τους ως λιγότερο όταν ελέγχονται σε σχέση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠ-Υ. Η συμμετοχή σε μια σχολική ομάδα, καθοδηγούμενη από ομάδα υποστήριξης συσχετίστηκε με μια αύξηση της αυτοεκτίμησης σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Ανδρεάκη & Ξενικάκη, 2018· Chan, et al., 2016).

Σε μια έρευνα που διεξήχθησαν εξετάστηκαν τα στοιχεία της επίδρασης ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ στα πλαίσια του οικογενειακού περιβάλλοντος. Κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η παρουσία ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ έχει ως αποτέλεσμα αυξημένη πιθανότητα διαταραχών στην οικογενειακή και συζυγική λειτουργία, διαταραχές των σχέσεων γονέα-παιδιού, μειωμένη αποτελεσματικότητα των γονέων και αυξημένα επίπεδα άγχους των γονέων, ιδιαίτερα όταν η διαταραχή συνυπάρχει με προβλήματα συμπεριφοράς (DuPaul & Stoner, 2003· Johnston & Mash, 2001).

Σε άλλη έρευνα για τις μητέρες και τους πατέρες 66 παιδιών, οι γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ σε συνδυασμό και με τους υποτύπους ΔΕΠ-Υ που δεν ελέγχονταν

εξέφρασαν μεγαλύτερη δυσαρέσκεια από τους γονείς των παιδιών που ήταν υπό έλεγχο. Επιπλέον, η ΔΕΠ-Υ στα παιδιά αναφέρθηκε ότι προβλέπει κατάθλιψη στις μητέρες. Οι αποκλίνουσες συμπεριφορές παιδιών που προκαλούν χρόνιο στρες σε μεγάλο βαθμό για τους γονείς σχετίζονται με αυξημένη κατανάλωση αλκοόλ από τους γονείς (Pelham & Lang, 1999).

Όσον αφορά τις αδελφικές σχέσεις, δεν υπάρχουν αρκετές μελέτες και δεν έχει δοθεί η απαιτούμενη προσοχή σε οικογένειες με παιδιά ΔΕΠ-Υ. Ενώ έχει αναφερθεί ότι τα αδέρφια παιδιών με ΔΕΠ-Υ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο για αρνητική συμπεριφορά και συναισθηματικές διαταραχές, μια πιο πρόσφατη μελέτη που παρουσιάστηκε, εντόπισε ότι το πιο σημαντικό πρόβλημα που προκαλείται από τα συμπτώματα και τις εκδηλώσεις άσχημης συμπεριφοράς λόγω της διαταραχής, είναι η αναστάτωση. Αυτή η κατάσταση από τα αδέρφια εκδηλώνεται με τρεις βασικούς τρόπους: θυματοποίηση, φροντίδα, θλίψη και απώλεια (Νικολαου, 2017). Τα αδέρφια ανέφεραν ότι αισθάνονταν θύματα λόγω των επιθετικών πράξεων που δέχονταν από τα αδέρφια τους με ΔΕΠ-Υ, μέσω σωματικής και λεκτικής βίας, επιθετικότητας, χειραγώγησης και ελέγχου. Επιπλέον, τα αδέρφια ανέφεραν ότι οι γονείς τους περίμεναν από αυτά, να φροντίζουν και να προστατεύουν περισσότερο τα αδέρφια τους με ΔΕΠ-Υ λόγω της κοινωνικής και συναισθηματικής ανωριμότητας που επιφέρει η διαταραχή. Επιπλέον, ως αποτέλεσμα των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ και της επακόλουθης διαταραχής, πολλά αδέρφια περιέγραψαν ότι αισθάνονται αγχώδεις, ανήσυχοι και λυπημένοι (Bjornstad & Montgomery, 2005).

Η ευρύτερη κοινωνική και οικογενειακή λειτουργία έχει αξιολογηθεί χρησιμοποιώντας το Ερωτηματολόγιο για την Υγεία του Παιδιού (CHQ), μέσω μιας κλίμακας αποτελεσμάτων με βαθμολογία του γονέα που μετρά τη σωματική και ψυχοκοινωνική ευεξία. Η ΔΕΠ-Υ, οδήγησε σε βελτιωμένη αντίληψη της ποιότητας ζωής, με εμφανείς βελτιώσεις στην κοινωνική και οικογενειακή λειτουργία και στην αυτοεκτίμηση. Ωστόσο, περαιτέρω έρευνα και εις βάθος χρόνο κρίνεται απαραίτητη ώστε να μπορεί να διατυπωθεί με σιγουριά η ακρίβεια αυτών των αποτελεσμάτων (Michelson, Faries, Wernicke, Kelsey, Kendrick, Sallee,... & Atomoxetine ADHD Study Group, 2001).

7.1.3. Εφηβεία

Η εφηβεία μπορεί να επιφέρει μείωση της υπερδραστηριότητας που είναι έντονη στα μικρότερα παιδιά, αλλά η απροσεξία, η παρορμητικότητα και η ανησυχία παραμένουν από τις πιο σημαντικές δυσκολίες. Μεταξύ άλλων, υπάρχουν αναφορές για λανθασμένη αντίληψη του εαυτού και διαταραχή της φυσιολογικής ανάπτυξης της προσωπικότητας από εφήβους με ΔΕΠ-Υ. Επιπλέον, μπορεί να αναπτυχθεί υπερβολικά επιθετική και αντικοινωνική συμπεριφορά, δυσχεραίνοντας ακόμη περισσότερο την ήδη υπάρχουσα κατάσταση. Μια μελέτη, εξέτασε τους εφήβους με

ΔΕΠ-Υ και αντιθετική ανθεκτική διαταραχή, η οποία ορίζεται από την παρουσία σαφώς ανθεκτικής, ανυπακοής, προκλητικής συμπεριφοράς και από την απουσία πιο σοβαρών κοινωνικών ή επιθετικών πράξεων που παραβιάζουν το νόμο ή τα δικαιώματα των άλλων. Αυτοί οι έφηβοι εκτίμησαν ότι είχαν περισσότερες συγκρούσεις γονέων-εφήβων από τους κοινοτικούς ελέγχους (Edwards, Barkley, Laneri, Fletcher & Metevia, 2001). Αυξημένη σύγκρουση γονέων-εφήβων αναφέρθηκε επίσης όταν οι γονείς εφήβων με ΔΕΠ-Υ πραγματοποίησαν την αξιολόγηση. Επιπλέον, μια έρευνα ηλικίας 11–15 ετών έδειξε ότι όσοι είχαν υπερκινησία είχαν διπλάσιες πιθανότητες από τον συνολικό πληθυσμό να έχουν σοβαρή έλλειψη φιλικών σχέσεων (Bjornstad & Montgomery, 2005· Meltzer, Gatward, Goodman, & Ford, 2003).

Οι νέοι με ΔΕΠ-Υ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο σχολικής αποτυχίας, εγκατάλειψης σχολείου, εφηβικής εγκυμοσύνης και εγκληματικής συμπεριφοράς. Η οδήγηση ενέχει επιπλέον κίνδυνο. Άτομα με ΔΕΠ-Υ αποσπώνται εύκολα από το να επικεντρώνονται στην οδήγηση όταν οδηγούν αργά, αλλά και το να οδηγούν γρήγορα μπορεί επίσης να είναι επικίνδυνο. Έχει αποδειχθεί ότι, σε σύγκριση με τους ελέγχους που αντιστοιχούν σε σχέση με την ηλικία, οι οδηγοί με ΔΕΠ-Υ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο παραβιάσεων της κυκλοφορίας, ιδιαίτερα της ταχύτητας, και θεωρείται ότι ευθύνονται για περισσότερα τροχαία ατυχήματα, συμπεριλαμβανομένων των θανατηφόρων. Ο κίνδυνος για τέτοια γεγονότα αυξάνεται περαιτέρω με την παρουσία ταυτόχρονα αντιθετική ανθεκτική διαταραχή. Ωστόσο, έχει προταθεί ότι η θεραπεία μπορεί να έχει θετική επίδραση στις δεξιότητες οδήγησης (Barkley, Murphy, & Fischer, 2010· Barkley et al, 1997).

7.1.4. Ενήλικη ζωή

Το 60% των ατόμων με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ενήλικη ζωή. Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ είναι πιο πιθανό να απολυθούν από την εργασία τους και συνήθως δοκιμάζουν μια σειρά από θέσεις εργασίας πριν μπορέσουν να βρουν την απασχόληση στην οποία μπορούν να πετύχουν. Ίσως χρειαστεί να επιλέξουν συγκεκριμένους τύπους εργασίας και συχνά επιλέγουν να είναι αυτοαπασχολούμενοι. Στο χώρο εργασίας, οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζουν περισσότερες διαπροσωπικές δυσκολίες με εργοδότες και συναδέλφους. Περαιτέρω προβλήματα προκαλούνται από την καθυστέρηση, την απουσία, τα υπερβολικά λάθη και την αδυναμία εκτέλεσης του αναμενόμενου φόρτου εργασίας. Στο σπίτι, οι δυσκολίες στις διαπροσωπικές σχέσεις είναι πιο συχνές (Biederman & Faraone, 2006).

Ο κίνδυνος κατάχρησης ναρκωτικών ουσιών αυξάνεται σημαντικά σε όσους έχουν επίμονα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και δεν λαμβάνουν φαρμακευτική αγωγή (Biederman, Wilens, Mick, Faraone & Spencer, 1998). Οι γενετικές πτυχές της ΔΕΠ-Υ σημαίνουν

ότι οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ είναι πιο πιθανό να έχουν παιδιά με ΔΕΠ-Υ. Αυτό με τη σειρά του προκαλεί περαιτέρω προβλήματα, ειδικά καθώς η επιτυχία προγραμμάτων γονικής μέριμνας για γονείς παιδιών με ΔΕΠ-Υ επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από την παρουσία γονικής ΔΕΠ-Υ. Έτσι, η ΔΕΠ-Υ σε γονείς και παιδιά μπορεί να οδηγήσει σε κύκλο δυσκολιών (Biederman, Wilens, Mick, Faraone & Spencer, 1998· Sonuga-Barke, Daley & Thompson, 2002).

Οι μειωμένες επιδράσεις της διαταραχής, σε συνδυασμό με τη συνεχή μειωμένη διάγνωση και θεραπεία της ΔΕΠ-Υ, μεταφράζονται άμεσα σε αυξημένο κόστος υγειονομικής περίθαλψης. Μερικά από αυτά τα άμεσα κόστη είναι ο αυξημένος κίνδυνος ατυχημάτων, οι επισκέψεις σε νοσοκομεία σε καταστάσεις έκτακτης ανάγκης και οι γενικές ιατρικές δαπάνες. Άλλες καταστάσεις έχουν ως αποτέλεσμα μακροπρόθεσμα έξοδα για το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, όπως υψηλότερα ποσοστά συναφών διαταραχών αναπηρίας, συμπεριλαμβανομένων άλλων ψυχιατρικών συνθηκών, που βιώνουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ. Ενήλικες που είχαν ΔΕΠ-Υ στην παιδική ηλικία, ανεξάρτητα από το εάν συνεχίζουν να πληρούν τα πλήρη διαγνωστικά κριτήρια για ΔΕΠ-Υ στην ενηλικίωση, εξακολουθούν να αντιμετωπίζουν και προβλήματα όπως άγχος, κατάθλιψη και διαταραχές χρήσης ουσιών, με αποτέλεσμα να αυξάνουν το κόστος περίθαλψής τους (Biederman, Wilens, Mick, Spencer, & Faraone, 1999· Biederman et al., 2006).

Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν έως και τρεις φορές περισσότερες πιθανότητες από άλλα παιδιά να χρησιμοποιήσουν, να κάνουν κατάχρηση ή να εξαρτηθούν από ουσίες στην εφηβεία και ως νεαροί ενήλικες, σύμφωνα με πρόσφατη ανάλυση 27 μακροχρόνιων μελετών (Lee, 2011). Η έρευνα παρακολούθησε 4.100 παιδιά με ΔΕΠ-Υ και 6.800 παιδιά χωρίς διαταραχή μέχρι την ενηλικίωση, σε ορισμένες περιπτώσεις για δέκα χρόνια ή περισσότερο. Πρόσθετες μελέτες δείχνουν ότι η παιδική ηλικία με ΔΕΠ-Υ σχετίζεται επίσης με διαταραχές χρήσης αλκοόλ στη μετέπειτα ζωή τους (Charach, Yeung, Climans & Lillie, 2011). Άτομα με ΔΕΠ-Υ διατρέχουν επίσης αυξημένο κίνδυνο να αρχίσουν να καπνίζουν τσιγάρα σε νεαρή ηλικία και να καπνίζουν μακροπρόθεσμα καθώς είναι διπλάσια η πιθανότητα να έχουν εκτεθεί σε νικοτίνη πριν γεννηθούν. Αν και η ακριβής αιτία αυτών των αυξημένων ποσοστών ουσιών και κατάχρησης για άτομα με ΔΕΠ-Υ δεν είναι γνωστή, είναι λογικό να σκεφτεί κανείς ότι μια πιθανή αιτία μπορεί να είναι μια απόπειρα αυτοθεραπείας όταν η διαταραχή δεν αντιμετωπίζεται. Αυτή η πιθανότητα τονίζεται ιδιαίτερα σε μελέτες που έχουν δείξει ότι τα παιδιά που έλαβαν φάρμακα για τη ΔΕΠ-Υ, ενδέχεται να είναι λιγότερο πιθανό να αναπτύξουν διαταραχή κατάχρησης ουσιών (Biederman, & Faraone, 2006· Biederman et al., 2006).

Οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ γίνονται επίσης σεξουαλικά ενεργοί νωρίτερα, αυξάνοντας έτσι τη πιθανότητα για σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα και έχουν ποσοστό πρόωρης εγκυμοσύνης 24% έως 38% των εφήβων σε σύγκριση με το ποσοστό 4 έως

5% μεταξύ των εφήβων χωρίς διαταραχή (Flory, Molina, Pelham, Gnagy & Smith, 2006).

Έφηβοι και νεαροί ενήλικες με ιστορικό ΔΕΠ-Υ ως παιδιά έχει αποδειχθεί ότι διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να αντιμετωπίσουν προβλήματα που σχετίζονται με την οδήγηση, όπως ατυχήματα και κλήσεις για πολλούς λόγους, όπως επίμονη υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα, επίμονη προσοχή, προβλήματα συμπεριφοράς και ευερεθιστότητα (Thompson, Molina, Pelham & Gnagy, 2007). Οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ έχουν τέσσερις φορές περισσότερους σοβαρούς τραυματισμούς και τρεις φορές περισσότερα ατυχήματα με αυτοκίνητα από εκείνους χωρίς ΔΕΠ-Υ ή από άτομα με ΔΕΠ-Υ που παίρνουν φάρμακα. Αυτός ο υψηλότερος κίνδυνος ατυχημάτων, νοσηλείας και θανάτου οδηγεί σε σημαντικό κόστος για το σύστημα υγείας μας, επιπλέον του υψηλού κόστους που καταβάλλουν τα άτομα και οι οικογένειές τους. Πειραματικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα φάρμακα ΔΕΠ-Υ που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ βελτιώνουν τους τομείς της απόδοσης οδήγησης (Jerome, Segal & Habinski, 2006).

7.2. Δομές περίθαλψης ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ αυξάνει τη χρήση υπηρεσιών υγείας από μέλη της οικογένειας, καθώς και για τα άτομα με ΔΕΠ-Υ. Μελέτες έχουν δείξει ότι το άμεσο και έμμεσο ιατρικό κόστος ήταν διπλάσιο από τα μέλη της οικογένειας ΔΕΠ-Υ από ό, τι για μια ομάδα ελέγχου³¹. Αυτά τα αυξημένα κόστη αποδόθηκαν σε υψηλότερη συχνότητα εμφάνισης προβλημάτων ψυχικής υγείας, όπως κατάθλιψη, και σε ζητήματα αλκοόλ που ευθύνονται για το αυξημένο στρες που αντιμετωπίζουν τα άτομα που ζουν με παιδιά και ενήλικες με ΔΕΠ-Υ³². Μπορεί κανείς να δει πώς η ΔΕΠΥ μπορεί να επηρεάσει τη λειτουργία μιας ολόκληρης οικογένειας, αυξάνοντας ενδεχομένως το κόστος για τις κοινωνικές υπηρεσίες παιδιών και νέων (Swensen, Birnbaum, Secnik, Marynchenko, Greenberg & Claxton, 2003).

Η εκτεταμένη επίδραση της ΔΕΠ-Υ καθιστά επιτακτική ανάγκη οι κλινικοί γιατροί να διαγνώσουν και να θεραπεύσουν την ΔΕΠ-Υ το συντομότερο δυνατό. Η πραγματικότητα είναι ότι έως και το 90% των ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ παραμένουν χωρίς θεραπεία. Στις περισσότερες χώρες, η πρόσβαση σε γιατρό για τη διάγνωση και τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ ενηλίκων είναι δύσκολη και δαπανηρή (Kessler, Adler, Barkley, Biederman, Conners, Demler, O., ... & Spencer, 2006).

Δύο πρόσφατες έρευνες σε ενήλικες με ΔΕΠ-Υ έδειξαν ότι τουλάχιστον το 85% των ερωτηθέντων δεν είχαν διαγνωστεί ως παιδιά. Μία από τις μελέτες διαπίστωσε ότι το ένα τρίτο των ερωτηθέντων δυσκολεύτηκε να λάβει διάγνωση για ΔΕΠ-Υ ενηλίκων. Από αυτά, το 69% ανέφερε ότι αυτό οφείλεται στην έλλειψη πρόσβασης σε ιατρό και το 19% δήλωσε ότι το κόστος για τη λήψη ιατρικής αξιολόγησης για ΔΕΠ-Υ από ιατρό εμπόδισε την αναζήτησή τους για διάγνωση (Ghelani, 2014).

Η πρόσβαση σε έγκαιρες και ολοκληρωμένες αξιολογήσεις και θεραπείες για όλες τις ηλικιακές ομάδες είναι απαραίτητη για τη μείωση του κοινωνικού και οικονομικού αντίκτυπου της ΔΕΠ-Υ. Οι οδηγίες των περισσότερων χωρών δηλώνουν ότι δεδομένου ότι η ΔΕΠ-Υ επηρεάζει όλες τις πτυχές της καθημερινής λειτουργίας ενός ατόμου, είναι απαραίτητο η θεραπεία να είναι ολοκληρωμένη, συνεργατική και πολυτροπική (Νικολαου, 2017· Χατζηγεωργίου, 2016). Επί του παρόντος, πολλές αποδεδειγμένες μη φαρμακευτικές θεραπείες για ΔΕΠ-Υ, όπως η γνωστική θεραπεία συμπεριφοράς και η γονική εκπαίδευση, δεν καλύπτονται από τοπικά προγράμματα υγειονομικής περίθαλψης, καθιστώντας το κόστος πρόσβασης απαγορευτικό για πολλούς. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα ένα σύστημα υγειονομικής περίθαλψης δύο βαθμίδων για ΔΕΠ-Υ. Το λογικό συμπέρασμα είναι ότι οι καλύτερες ενοποιημένες υπηρεσίες, σε συνδυασμό με την υποχρεωτική εκπαίδευση στην ΔΕΠ-Υ για όλους τους γιατρούς πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης και τους ειδικούς ψυχικής υγείας, θα έχουν ως αποτέλεσμα ταχύτερη πρόσβαση σε διεξοδικές αξιολογήσεις και σωστή θεραπεία. Αυτό με τη σειρά του θα οδηγήσει σε σημαντική αντιστάθμιση κόστους σε άλλους τομείς της υγειονομικής περίθαλψης (Secnik, Swensen & Lage, 2005).

ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΟΥ (COI) (Kessler, et al., 2006· Νικολαου, 2017· Secnik, Swensen & Lage, 2005· Χατζηγεωργίου, 2016).

- Κόστος για την κυβέρνηση
- Κόστος για την οικογένεια
- Κόστος για τον ασθενή
- Κόστος ευκαιρίας
- Κόστος δημόσιας υγείας
- Η ΔΕΠ-Υ είναι ακριβή, μειώνει την κοινωνική παραγωγικότητα και δημιουργεί κίνδυνο για τη δημόσια υγεία

ΚΟΣΤΟΣ ΔΕΠ-Υ ΣΤΟΥΣ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

- Λιγότερο από 25% λαμβάνουν θεραπεία

- Οι ενήλικες επιβαρύνονται με υψηλό κόστος υγειονομικής περίθαλψης
- Οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο άσθματος, κατάθλιψη, άγχος, διπολική διαταραχή προσωπικότητας, φάρμακα, κακοποίηση, κάπνισμα
- Απώλεια παραγωγικής εργασίας

ΌΓΔΟΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΝΕΑΝΙΚΗ ΕΓΛΗΜΑΤΙΚΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΔΕΠ-Υ

8. Νεανική εγκληματικότητα των ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ έγινε λέξη-κλειδί στα σχολεία τη δεκαετία του 1980 για να εξηγήσει γιατί ορισμένα παιδιά ενεργούσαν με τέτοιο τρόπο στην τάξη, ήταν αποτυχημένα, αποδιοργανωτικά και προκλητικά. Πριν από τη δεκαετία του 1980 και την εποχή της πολιτικής ορθότητας, ένα παιδί που παρουσίαζε αυτές τις συμπεριφορές χαρακτηριζόταν ως κλόουν της τάξης, δημιουργός προβλημάτων ή αποτυχία. Η ΔΕΠ-Υ φεύγοντας από τα όρια της τάξης, όπου ήταν μαθησιακή αναπηρία, στον έξω κόσμο χρησιμοποιήθηκε ως δικαιολογία για διάπραξη εγκλημάτων. Η συγκεκριμένη διαταραχή κατηγορήθηκε για παιδιά που διέπραξαν πολύ σοβαρά εγκλήματα ενηλίκων (Moffitt, 1993).

8.1. Παραβατικότητα

Η νεανική παραβατικότητα είναι ένας νομικός όρος του οποίου ο ορισμός ποικίλλει από πολιτεία σε πολιτεία. Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει ανηλίκους των οποίων οι συμπεριφορές έχουν κριθεί παράνομες από δικαστήριο ανηλίκων. Ο όρος παραβατικότητα συνήθως αναφέρεται σε συμπεριφορά που θα ήταν εγκληματική εάν διαπράττονταν από ενήλικα. Το νομικό σύστημα χαρακτηρίζει τη συμπεριφορά που είναι παράνομη εάν διαπράττεται από ανήλικο, όπως η φυγή ή μια απείθαρχη συμπεριφορά (Lipsey, & Derzon, 1998). Αυτές οι συμπεριφορές θα μπορούσαν να ονομαστούν «αντικοινωνικές συμπεριφορές» από τους τομείς της εκπαίδευσης και της ψυχικής υγείας και τα παιδιά ή οι νέοι που παρουσιάζουν επανειλημμένα επεισόδια τέτοιων συμπεριφορών θα μπορούσαν να διαγνωστούν ότι πάσχουν από «διαταραχή της συμπεριφοράς». Ο χαρακτηρισμός αντικοινωνικών συμπεριφορών περιλαμβάνει εκφοβισμό ή σωματική σκληρότητα σε άλλους ή ζώα, χρήση όπλων, κλοπή, βιασμό, εμπρησμό, φυγή ή ψέματα, διάρρηξη και βανδαλισμό. Οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ και οι σχετικές διαταραχές συμπεριφοράς παρουσιάζουν συμπεριφορές που περιλαμβάνουν επιθετικότητα σε άλλους και ζώα, καταστροφή περιουσίας, απάτη ή κλοπή και παραβάσεις. Ως εκ τούτου, η συσχέτιση με το έγκλημα (Lipsey, & Derzon, 1998).

Οι διπολικοί έφηβοι είναι παρορμητικοί, υπερσεξουαλικοί και επιθυμούν να επιδοθούν σε εξαιρετικά επικίνδυνες συμπεριφορές. Αυτές οι συνθήκες οδηγούν τον διπολικό έφηβο να εμπλέκεται σε απερίσκεπτη οδήγηση και κατάχρηση ουσιών, κάτι που σίγουρα αξίζει την προσοχή της επιβολής του νόμου. Κάποιοι υποστηρίζουν ότι οι φυσιολογικοί έφηβοι οδηγούν επίσης απερίσκεπτα και πειραματίζονται με παράνομες ουσίες. Η διαφορά εδώ είναι ότι ο διπολικός έφηβος είναι πιο πιθανό να εθιστεί. Το αλκοόλ και τα ναρκωτικά δεν είναι ψυχαγωγικά και κάτι που κάνουν όλοι στον διπολικό έφηβο. Οι έφηβοι με ΔΕΠ-Υ είναι τρεις έως τέσσερις φορές πιο πιθανό να έχουν τροχαίο ατύχημα και είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε ένα ή περισσότερα ατυχήματα που έχουν προκαλέσει οι ίδιοι. Τα τελευταία 20 χρόνια, η διάγνωση ΔΕΠ-

Υ έχει μετατραπεί από το χαρακτηρισμό ως μαθησιακή αναπηρία σε δικαιολογία για εγκληματική δραστηριότητα. Η ΔΕΠ-Υ έχει θεωρηθεί από πολλούς ποινικολόγους ως κατάσταση «κακής γονικής μέριμνας» (Moffitt, 1993). Πολλοί μελέτησαν τη συναισθηματική διαταραχή μεταξύ των νέων στις εγκαταστάσεις δικαιοσύνης ανηλίκων. Ωστόσο, τα δεδομένα τους δεν ήταν επαρκή για να κάνουν συγκεκριμένες εκτιμήσεις ότι το ποσοστό για διαταραχή συμπεριφοράς ήταν αναμενόμενα υψηλότερο από αυτό του γενικού πληθυσμού (Thome & Jacobs, 2004). Επιστήμονες διεξήγαγαν διαχρονικές μελέτες σε παιδιά κάτω των 15 ετών με επιθετικότητα και επίμονη διαταραχή συμπεριφοράς. Αυτά τα παιδιά δεν είχαν ακόμη εμπλακεί σε παραβατικές πράξεις. Έρευνες διαπίστωσαν ότι οι συμπεριφορές που παρουσίασαν αυτά τα παιδιά τους έθεσαν σε μεγαλύτερο κίνδυνο να γίνουν ανήλικοι παραβατικοί. Η Ομάδα Μελέτης για τους Σοβαρούς και Βίαιους Παραβατικούς ανηλίκους βρήκε στοιχεία ότι η υπερκινητικότητα / απροσεξία σχετίζεται με την πρώιμη έναρξη διαταραχών συμπεριφοράς και επηρεάζει τον μετέπειτα κίνδυνο σοβαρής και χρόνιας παραβατικότητας. Ο Loeber και ο Farrington διαπίστωσαν επίσης ότι η υπερκινητικότητα / απροσεξία χωρίς προβλήματα διαταραχής συμπεριφοράς είναι απίθανο να οδηγήσει σε σοβαρά προβλήματα συμπεριφοράς και σοβαρή παραβατικότητα (Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber & White, 2008). Οι διαχρονικές μελέτες που πραγματοποιήθηκαν συμπέραναν ότι το ένα τέταρτο έως το ήμισυ αυτών των παιδιών κινδυνεύουν να γίνουν παιδιά εγκληματίες. Αυτά τα παιδιά τείνουν να έχουν πολλαπλά προβλήματα σε πολλούς τομείς συμπεριλαμβανομένης και της ΔΕΠ-Υ (Lipsey, & Derzon, 1998).

8.1.1. Νεανικό έγκλημα

Η έκθεση UCR του 1997 ανέφερε εκτιμήσεις επιβολής του νόμου για 253.000 συλλήψεις παιδιών κάτω των 13 ετών. Στις αναφορές UCR για αυτές τις συλλήψεις 10% ήταν αδικήματα κατάστασης και από αυτές το 17% ή περίπου 4.300 ήταν κάτω των 10 ετών. Πολύ νέοι παραβάτες είχαν περισσότερες πιθανότητες να κατηγορηθούν για βίαια εγκλήματα, αδικήματα όπλων ή παραβάσεις ναρκωτικών και ήταν λιγότερο πιθανό να κατηγορηθούν για εγκλήματα ιδιοκτησίας (Ζαχαρογέωργα, 2018). Ο Moffitt (1993) καθόρισε τις διαφορές μεταξύ παραβατών που περιορίζονταν στην πορεία και των εφήβων. Οι παραβάτες που παρακολουθούν τη ζωή έχουν πρώιμη είσοδο στην αντικοινωνική συμπεριφορά. Αυτά τα παιδιά παρουσιάζουν πιο σοβαρές και βίαιες προβατικές συμπεριφορές και η εγκληματική τους πορεία συνεχίζεται μέχρι την ενηλικίωση. Οι περιορισμένοι στην εφηβεία παραβάτες, από την άλλη πλευρά, καθυστερούν την είσοδό τους στο έγκλημα, παρουσιάζουν λιγότερο σοβαρές μορφές παρατατικών συμπεριφορών και είναι πιο πιθανό να απομακρυνθούν από αυτό όταν γίνουν ενήλικες. Οι παραβάτες που είναι επίμονοι στη ζωή είναι το προϊόν προβληματικής συμπεριφοράς και γονέων που έχουν δυσκολία να αντιμετωπίσουν τη δυσκολία που παρουσιάζει το παιδί τους. Αυτά τα παιδιά αποτελούν πρόκληση για τους γονείς τους επειδή είναι δύσκολο να

διαχειριστούν τη κατάσταση και οι γονείς δεν έχουν τους ψυχολογικούς και φυσικούς πόρους για να τα αντιμετωπίσουν (Moffitt, 1993).

Η μελέτη Cambridge in Delinquent Development διαπίστωσε ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς σε ηλικίες 8 και 10 ετών παρουσίαζαν νεανικές πεποιθήσεις και νεανική παραβατικότητα ανεξάρτητα από το έλλειμμα προσοχής υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας. Η National Longitudinal Study of Children and Youth δείχνει ότι τα προφανή ευρήματα για υπερκινητικότητα είναι το υψηλό ποσοστό επικράτησης των συμπτωμάτων. Τα αγόρια ηλικίας 4- 7 ετών δείχνουν τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης στο 68,3% για το σύμπτωμα «δεν μπορούν να καθίσουν ακίνητοι, ανήσυχοι ή υπερκινητικοί». Το χαμηλό ποσοστό επικράτησης 30,4% για το σύμπτωμα «δεν μπορεί να συγκεντρωθεί, δεν μπορεί να προσέξει για μεγάλο χρονικό διάστημα» εμφανίζεται σε κορίτσια από 8-11 (Piquero, Farrington, & Blumstein, 2007). Για όλα τα συμπτώματα, τα υψηλότερα ποσοστά επικράτησης παρουσιάζονται σε αγόρια και όχι σε κορίτσια. Αυτά τα ποσοστά επικράτησης μειώνονται ελαφρώς καθώς το παιδί μεγαλώνει. Ωστόσο, η εξαίρεση είναι για αγόρια με τα συμπτώματα «δεν μπορούν να συγκεντρωθούν, δεν μπορούν να δώσουν προσοχή για πολύ» και «είναι παρορμητικό, ενεργεί χωρίς σκέψη». Τα ποσοστά επικράτησης κυμαίνονται από 44,9% σε 48,3% και 58,0% σε 59,34% αντίστοιχα. Η συσχέτιση αυτών των ποσοστών επικράτησης με το έγκλημα ανηλίκων είναι με τα συμπτώματα της σωματικής επιθετικότητας. Αυτά τα ποσοστά κυμαίνονται από 31,2% για το «μπλέκεται σε καυγάδες» έως χαμηλό 3,3% για «απειλώντας ανθρώπους». Το υψηλότερο ποσοστό ισχύει για αγόρια ηλικίας μεταξύ 4 και 7 ετών. Το χαμηλότερο ισχύει για κορίτσια της ίδιας ηλικίας (Farrington, Piquero & Jennings, 2013).

Οι υπηρεσίες ψυχικής υγείας και η θεραπεία συνήθως δεν εντοπίζουν καθυστέρηση αλλά περιγράφουν, αντίθετα, τους νέους που αναζητούν θεραπεία με διάγνωση. Η παραβατική συμπεριφορά προηγείται συνήθως από προβλήματα παραβατικής συμπεριφοράς, αλλά δεν αναγνωρίζεται επίσημα ως παραβατικότητα έως ότου εντοπιστεί από το δικαστικό σύστημα. Το DSM V ορίζει τα συμπτώματα της συμπεριφοράς διαταραχής ως επιθετικότητα απέναντι σε άλλους και ζώα, καταστροφή περιουσίας, απάτη ή κλοπή και σοβαρές παραβιάσεις των κανόνων. Πολλά από αυτά μεταφράζονται σε παράνομες πράξεις και όταν εντοπιστούν καταλήγουν στην ετικέτα «παραβατικός». Το Κέντρο Υπηρεσιών Ψυχικής Υγείας (CMHS) διενήργησε εθνική αξιολόγηση για μια τετραετή περίοδο. Τα ευρήματα αυτής της μελέτης ήταν ότι μεταξύ 25.000 νέων με σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές που εξυπηρετήθηκαν από τα διορθωτικά ιδρύματα του Προγράμματος Υπηρεσιών Παιδιών παρείχαν το 11% των παραπομπών (Moffitt, 1993).

Οι Duchnowski, Hall, Kutash και Friedman (1998) εξέτασαν ένα δείγμα 144 νέων με σοβαρές συναισθηματικές διαταραχές σε ένα πρότυπο κοινοτικό πρόγραμμα που διαπίστωσε ότι το 22% ήταν σε δοκιμασία και το 23% είχε υποστεί κατ' οίκον

θεραπεία στο σύστημα δικαιοσύνης ανηλίκων. Η Cocozzea εξέτασε εννέα προηγούμενες μελέτες και διαπίστωσε ότι τα ποσοστά επικράτησης της διαταραχής συμπεριφοράς κυμαίνονταν από 10% έως 91% για τους νέους στο σύστημα δικαιοσύνης ανηλίκων και τα ποσοστά ήταν ακόμη υψηλότερα για τους φυλακισμένους νέους από ό, τι για εκείνους στην κοινότητα. Το 1996, ο Ρίτσαρντς αξιολόγησε τους πρώτους 100 νέους στη Νέα Ζηλανδία στις κρατήσεις ανηλίκων που είχαν παραπεμφθεί σε ψυχιατρικές υπηρεσίες και διαπίστωσε ότι το 59,5% του δείγματος είχε πρωτογενή διάγνωση διαταραχής συμπεριφοράς (Duchnowski et al., 1998).

Οι Patterson, Reid και Dishion (1992) πρότειναν τη θεωρία του καταναγκασμού. Η θεωρία του καταναγκασμού είναι ένα μοντέλο ανάπτυξης παραβατικών και αντικοινωνικών συμπεριφορών. Το μοντέλο υποστηρίζει την άποψη ότι παρά την παρουσία άλλων παραγόντων κινδύνου όπως η φτώχεια ή τα μονογονεϊκά σπίτια, οι δεξιότητες γονέων, η επίβλεψη ενηλίκων και τα θετικά πρότυπα ενηλίκων συνδέονται για την ανάπτυξη παραβατικής συμπεριφοράς. Η θεωρία του καταναγκασμού έχει τρία στάδια:

- Στο πρώτο στάδιο ο γονέας δυσκολεύεται από τη δύσκολη συμπεριφορά του παιδιού του και δεν ξέρει πώς να αντιμετωπίζει εποικοδομητικά την κακή συμπεριφορά. Υπάρχει αρνητική ανατροφοδότηση από τον γονέα στο παιδί και η πειθαρχία είναι συχνά ασυνεπής.
- Στο δεύτερο στάδιο το παιδί μεταφέρει την αρνητική του συμπεριφορά στο σχολείο και σε άλλα κοινωνικά περιβάλλοντα, με αποτέλεσμα οι συνομηλικοί του, λόγω της αντίθετης και αποτρεπτικής συμπεριφοράς να απορρίπτουν το παιδί. Το παιδί δυσκολεύεται να ολοκληρώσει τη σχολική εργασία και επομένως χαρακτηρίζεται από τους δασκάλους ως «προβληματικό παιδί».
- Στο τρίτο και τελευταίο στάδιο, λόγω της μικρής επίβλεψης και απόρριψης στο σπίτι και στο σχολείο, το παιδί έλκει άλλα παιδιά με παρόμοιες συμπεριφορές.

Μέσω αυτής της αλληλεπίδρασης με την αποκλίνουσα ομάδα, το παιδί μαθαίνει αντικοινωνικές δεξιότητες όπως κλοπή. Έτσι, το παιδί αρχίζει να καταφεύγει σε υψηλού κινδύνου συμπεριφορές όπως η κατάχρηση ουσιών. Αυτό είναι το στάδιο κατά το οποίο το παιδί χαρακτηρίζεται ως αντικοινωνικό ή παραβατικό. Το σύστημα δικαιοσύνης ανηλίκων έχει το ίδιο πρόβλημα που αντιμετωπίζει το σύστημα ψυχικής υγείας. Βασίζονται σε ατέρμονες λύσεις και τοποθέτηση παραβατικών νέων σε μακροχρόνια κατ' οίκον φροντίδα. Πολλοί από τους σοβαρά συναισθηματικά διαταραγμένους νέους βρίσκονται σε κρατικές εγκαταστάσεις ανηλίκων. Πολλές από αυτές τις εγκαταστάσεις είναι άρτια εξοπλισμένες και κατάλληλες για να καλύψουν τις ανάγκες αυτών των νέων. Αρκετές μελέτες, που έχουν διεξαχθεί, διαπίστωσαν ότι το 80% ή περισσότερο αυτών των φυλακισμένων νέων έχουν διαγνωστεί με διαταραχές συμπεριφοράς (Young, Adamou, Bolea, Gudjonsson, Müller, Pitts,... &

Asherson, 2011). Άτομα με ΔΕΠ-Υ δεν είναι «οριακά» εγκληματίες. Η Διαταραχή συμπεριφοράς και οι αντικοινωνικές διαταραχές της προσωπικότητας είναι σημαντικές επειδή βοηθούν κάποιον να καταλάβει ότι οι εγκληματικές δραστηριότητες αποτελούν συχνά μέρος ενός μεγαλύτερου δικτύου συμπεριφορών. Η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται περισσότερο με τη σωματική επιθετικότητα και τη μυστική συμπεριφορά παρά με την παραβατικότητα. Η ΔΕΠ-Υ μπορεί να διαδραματίσει βασικό ρόλο στην εξέλιξη ενός αγοριού σε διαφορετική συμπεριφορά. Διαχρονικές μελέτες έχουν δείξει ότι τα αγόρια με ΔΕΠ-Υ μόνο δεν διατρέχουν κίνδυνο να αναπτύξουν σοβαρή παραβατικότητα. Η ΔΕΠ-Υ οδηγεί σε σοβαρές μορφές προβλημάτων μόνο εάν σχετίζονται με δευτερεύοντα προβλήματα συμπεριφοράς όπως η σωματική βία (Patterson et al., 1992).

Το Γνωμοδοτικό Συμβούλιο για τη Νεανική Δικαιοσύνη της Μασαχουσέτης μελέτησε παιδιά με συναισθηματικές διαταραχές στις εγκαταστάσεις δικαιοσύνης ανηλίκων του Μέρυλαντ. Η μελέτη της υπολόγισε, σε εθνικό επίπεδο, μεταξύ 60 και 70% των νέων σε εγκαταστάσεις δικαιοσύνης ανηλίκων πάσχουν από συναισθηματικές διαταραχές, συμπεριλαμβανομένης της ΔΕΠ-Υ. Η Shelton δηλώνει ότι η φυλάκιση αυτών των παιδιών είναι ανησυχητική και αναφέρεται στην αποτυχία των κοινοτικών υπηρεσιών. Μελέτες έχουν δείξει ότι περίπου οι μισοί από τους εφήβους που λαμβάνουν υπηρεσίες ψυχικής υγείας και μια διαταραχή χρήσης ουσιών και περίπου το 75 έως 80% που λαμβάνουν θεραπεία κατάχρησης ουσιών ασθενών έχουν συνυπάρχουσα ψυχική διαταραχή. Μελέτες έχουν επίσης βρει μια σχέση μεταξύ διαταραχής συμπεριφοράς, ΔΕΠ-Υ και κατάχρησης ουσιών. Η παρουσία ΔΕΠ-Υ ενισχύει την ώθηση του ατόμου για τη χρήση ουσιών και αυξάνει την πιθανότητα συνέχισης στην ενήλικη ζωή (Elkins, McGue & Iacono, 2007). Η έρευνα για την παραβατικότητα δείχνει τρία βασικά ευρήματα: μια μικρή ομάδα παραβατών είναι υπεύθυνη για τη διάπραξη των περισσότερων σοβαρών εγκλημάτων ανηλίκων. Υπάρχουν δύο ομάδες νεαρών παραβατών που διακρίνονται από την αντικοινωνική τους συμπεριφορά. Οι νέοι που άρχισαν να διαπράττουν εγκλήματα νωρίς τείνουν να μην ειδικεύονται σε καμία αντικοινωνική πράξη (Shelton, et al., 1998).

Ο Gerald Patterson και οι συνεργάτες του (1992) στο Κέντρο Κοινωνικής Μάθησης του Όρεγκον πρότειναν και ανέπτυξαν πληροφορίες ότι η συμπεριφορά των γονέων μπορούν να οδηγήσουν σε αντικοινωνική συμπεριφορά των παιδιών. Επιπλέον, βρήκαν στοιχεία ότι μια καλή σχέση μεταξύ γονέα και παιδιού μπορεί να έχει ουσιαστική επίδραση στην ανάπτυξη αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Οι χαμηλές βαθμολογίες για τις μετρήσεις της γνωστικής ικανότητας των παιδιών στο σχολικό περιβάλλον, το ποσοστό νοημοσύνης και η λεκτική ικανότητα σχετίζονται με την παραβατικότητα. Παρά τις διαφωνίες, τα περισσότερα στοιχεία δείχνουν ότι οι γνωστικές αδυναμίες οδηγούν σε αντικοινωνική συμπεριφορά και όχι το αντίστροφο. Μια διαχρονική μελέτη που πραγματοποιήθηκε στη Χαβάη σε 837 παιδιά

διαπίστωσε ότι η κατάλληλη γλωσσική ανάπτυξη σε ηλικίες 2 και 10 ετών προστατεύει τα παιδιά υψηλού κινδύνου από μεταγενέστερη παραβατικότητα. Στη Νέα Ζηλανδία, μια διαχρονική μελέτη 1.037 παιδιών έδειξε ότι τα χαμηλά IQ τείνουν να προηγούνται της ανάπτυξης σοβαρής αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Η μελέτη διαπίστωσε επίσης ότι οι επιπτώσεις του χαμηλού IQ στη συμπεριφορά ήταν ανεξάρτητες από τις επιδράσεις τέτοιων παραγόντων όπως η χαμηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η εθνικότητα, το ακαδημαϊκό επίτευγμα και τα κίνητρα (APA, 2000· APA, 2013).

Ο εκφοβισμός έχει επίσης αποδειχθεί ότι σχετίζεται με την ΔΕΠ-Υ σε μια μελέτη με παιδιά 10 ετών, τόσο ως δράστες όσο και ως θύματα. Μια άλλη μελέτη διαπίστωσε ότι τα αυτιστικά παιδιά με ΔΕΠ-Υ διατρέχουν αυξημένο κίνδυνο εκφοβισμού στο σχολείο. Η συσχέτιση μεταξύ ΔΕΠ-Υ και εγκληματικής συμπεριφοράς αξιολογήθηκε από τους Vreugdenhil και τους συνεργάτες του (2004), οι οποίοι διαπίστωσαν ότι το 8% των νέων παραβατών διαγνώστηκαν με ΔΕΠ-Υ, ενώ μια μελέτη των εφήβων παραβατών διαπίστωσε ότι το 10,6% των ατόμων είχαν αυτή τη διάγνωση, χρησιμοποιώντας το DSM-V κριτήρια σε μια κλινική συνέντευξη (Vreugdenhil et al., 2004). Σύμφωνα με τον Satterfield και τους συνεργάτες του (2007) διαπίστωσαν αυξημένο κίνδυνο εγκληματικής συμπεριφοράς στην ενηλικίωση σε αγόρια με υπερκινητικό υποτύπο ΔΕΠ-Υ και συμπεριφορά διαταραχής συννοσηρότητας.

Αξιολογήθηκε επίσης ο κίνδυνος σεξουαλικής κακοποίησης. Οι Cengel-Kultur, Cuhadaroglu-Cetin και Gokler, (2007) διαπίστωσαν ότι το 22,2% των παιδιών και των εφήβων που ήταν θύματα κακοποίησης είχε διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ (ήταν η πιο κοινή διάγνωση). Επίσης, διαπίστωσαν υψηλά ποσοστά κακοποίησης σε κορίτσια με ΔΕΠ-Υ (14,3%) σε σύγκριση με το δείγμα ελέγχου (4,5%). Μια άλλη μελέτη έδειξε ότι η συναισθηματική κακοποίηση και η παραμέληση είναι πιο συχνές μεταξύ ανδρών και γυναικών με ΔΕΠ-Υ καθώς και ότι η σεξουαλική κακοποίηση και η σωματική παραμέληση αναφέρονται πιο συχνά από γυναίκες με ΔΕΠ-Υ. Αυτή η μελέτη έδειξε σημαντική συσχέτιση μεταξύ παιδικής κακοποίησης, κατάθλιψης και άγχους κατά την ενηλικίωση, αν και η διάγνωση ΔΕΠ-Υ ήταν ένας καλύτερος προγνωστικός παράγοντας της χειρότερης ψυχοκοινωνικής λειτουργίας στην ενηλικίωση (Cengel-Kultur et al., 2007). Οι Sugaya, Hasin, Olfson, Lin, Grant και Blanco (2012) αξιολόγησαν ενήλικες και διαπίστωσαν ότι η σωματική κακοποίηση στην παιδική ηλικία (8% των ερωτηθέντων) συσχετίστηκε με σημαντική αύξηση στην προσαρμοσμένη αναλογία πιθανότητας (AOR = 1,16 έως 2,28) για ψυχικές διαταραχές, ειδικότερα η ΔΕΠ-Υ, η μετατραυματική διαταραχή, το στρες και η διπολική διαταραχή.

8.2. Συστάσεις πολιτικής

Οι υπηρεσίες που περιλαμβάνουν πρόληψη, έγκαιρη ταυτοποίηση και παρέμβαση, αξιολόγηση, θεραπεία ασθενών, υπηρεσίες κατ'οίκων, ομάδες οικογενειακής υποστήριξης, ημερήσια θεραπεία, υπηρεσίες κρίσης και νοσηλεία σε ασθενείς μπορούν να αποτρέψουν τα παιδιά από το να διαπράξουν παραβατικές πράξεις και από την εκ νέου προσβολή. Οι πρώτες δοκιμές ξεκινούν στην παιδική μέριμνα όταν ένα μικρό παιδί αρχίζει να εμφανίζει τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ ώστε το μέλλον του παιδιού στο σχολείο να μετατραπεί σε μια θετική εμπειρία. Επιπλέον, οι γονείς θα έχουν τη δυνατότητα να μάθουν να διαμορφώνουν θετικά τη συμπεριφορά του παιδιού καθώς και τον τρόπο με τον οποίο πρέπει να αντιμετωπίζουν τις προκλήσεις που έχει ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ (Saline, 2018). Ουσιαστικά οι πρώτες δοκιμές που διεξάγονται έχουν σκοπό τη παραπομπή για συμβουλευτική και μετέπειτα, εάν κριθεί απαραίτητο για φάρμακα. Εάν το παιδί εμφανίσει αργότερα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και κριθεί ότι πληροί τα κριτήρια για ΔΕΠ-Υ ή άλλη διαταραχή συμπεριφοράς από την παροχή συμβουλών και τροποποίηση συμπεριφοράς, μπορεί να εισαχθεί ακόμη και πριν από τη φαρμακευτική αγωγή (Goldstein, & Ellison, 2002).

Τα σχολεία με τη σειρά τους, πρέπει να διατηρήσουν τις υπηρεσίες ψυχολόγου / ψυχιάτρου για τη διεξαγωγή των εξετάσεων και τη σωστή διάγνωση. Μόλις γίνει η σωστή διάγνωση, η οικογένεια πρέπει να παραπεμφθεί σε έναν αναλυτή συμπεριφοράς ο οποίος οφείλει να εξετάσει όχι μόνο το παιδί αλλά και τους γονείς. Το σχολείο και ο σχολικός ψυχολόγος πρέπει να διατηρήσουν επαφή με την οικογένεια για να είναι σίγουροι ότι έχουν ακολουθήσει την παροχή συμβουλών και να παρακολουθούν την πρόοδο του. Ωστόσο δεν είναι λίγοι οι γονείς που επιλέγουν να μην ακολουθήσουν την προτεινόμενη διαδικασία και το σχολείο από τη μεριά του δεν έχει την εξουσία να υποχρεώσει τις υπηρεσίες (Topkin & Roman, 2015).

Σε πολλές χώρες όπως η Φλόριντα, εάν το πρόβλημα κλιμακωθεί και το παιδί έχει κακή απόδοση, λείπει συνεχώς από το σχολείο ή είναι ενοχλητικό σε μεγάλο βαθμό, το σχολείο μπορεί να παραπέμψει την οικογένεια και το παιδί σε αρμόδιες υπηρεσίες και δομές. Οι δομές αυτές θα παραπέμψουν την οικογένεια για δικαστική παρέμβαση. Όταν ο νεαρός συλλαμβάνεται και εάν ο νεαρός φαίνεται κατά τη διάρκεια της προκαταρκτικής εξέτασης να έχει διαταραχή, πρέπει να γίνουν παραπομπές για υπηρεσίες για την οικογένεια. Ένας συγκεκριμένος και αρμόδιος διαχειριστής περιπτώσεων θα ανατεθεί για να βοηθήσει την οικογένεια με την παραπομπή των υπηρεσιών και την παρακολούθηση τους. Ο υπεύθυνος της υπόθεσης πρέπει να βοηθήσει με τις υπηρεσίες και να υποβάλει αναφορά στο δικαστήριο, εάν χρειαστεί, για να βεβαιωθεί ότι η οικογένεια και το παιδί συμμορφώνονται (Goldstein, 2001)

ΈΝΑΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΔΕΠ-Υ ΚΑΙ ΦΑΡΜΑΚΟΛΟΓΙΑ

9. ΔΕΠ-Υ και φαρμακευτική αγωγή

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) συνηθίζει να χρησιμοποιεί ένα διαφορετικό όνομα για τη συγκεκριμένη νόσο, υπερκινητική διαταραχή (ΥΔ), αλλά παραθέτει παρόμοια λειτουργικά κριτήρια για τη διαταραχή (World Health Organization, 1992). Ανεξάρτητα από το όνομα που χρησιμοποιείται, η ΔΕΠ-Υ / ΥΔ είναι μια από τις πιο διεξοδικά ερευνημένες διαταραχές στην ιατρική. Έχει συσχετιστεί με ένα ευρύ φάσμα αρνητικών αποτελεσμάτων σε νοσούντα άτομα με σοβαρή οικονομική επιβάρυνση για τις οικογένειες και την κοινωνία, η οποία το χαρακτηρίζει ως μείζον πρόβλημα δημόσιας υγείας (Smith, Tang, & Nutbeam, 2006). Η κατανόηση των επιδημιολογικών πτυχών του ΔΕΠ-Υ/ ΥΔ μπορεί να παρέχει πληροφορίες για τη διανομή της, καθώς και πληροφορίες για τον προγραμματισμό της κατανομής κεφαλαίων για υπηρεσίες ψυχικής υγείας. Τις τελευταίες δεκαετίες, ερευνητές από όλες τις περιοχές του κόσμου έχουν καταβάλει σημαντικές προσπάθειες για να προσδιορίσουν της επιπτώσεις της διαταραχής (Janca, & Hiller, 1996· Biederman, et al., 2005).

9.1. ΔΕΠ-Υ και χρήση φαρμάκων

Η θεραπευτική αγωγή ενδείκνυται για σοβαρές περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ. Εάν ένα παιδί ή ένας έφηβος χρειάζεται θεραπεία με φαρμακευτική αγωγή για ΔΕΠ-Υ, η μεθυλφαινιδάτη, η ατομοξετίνη και η δεξαμεφεταμίνη συνιστώνται ως πιθανές επιλογές. Όταν αποφασίζουν ποιο φάρμακο θα χρησιμοποιήσουν, οι γιατροί πρέπει να λάβουν υπόψη τα ακόλουθα (Elia, Kingsley, Lam, Takeda, Berardinis, Laracy, S., ... & Hakonarson, 2013):

- Αν το παιδί ή ο έφηβος έχει άλλες καταστάσεις όπως η επιληψία
- τις παρενέργειες κάθε φαρμάκου
- οι παράγοντες που ενδέχεται να δυσκολεύσουν το άτομο να πάρει το φάρμακο την κατάλληλη στιγμή (για παράδειγμα, αν είναι δύσκολο να πάρει μια δόση κατά τη διάρκεια των σχολικών ωρών)
- την πιθανότητα κατάχρησης του φαρμάκου ή της μετάδοσης σε άλλο άτομο
- κακή χρήση
- την ατομική προτίμηση του παιδιού ή του εφήβου ή / και της οικογένειας ή του φροντιστή του

Όταν περισσότερα από ένα φάρμακα θεωρούνται κατάλληλα για ένα παιδί ή έναν έφηβο, ο γιατρός του θα πρέπει να επιλέξει το φθηνότερο. Η θεραπεία με μεθυλφαινιδάτη, ατομοξετίνη ή δεξαμεφεταμίνη θα πρέπει να ξεκινά μόνο αφού ένας ειδικός στην ΔΕΠ-Υ έχει αξιολογήσει διεξοδικά το παιδί και επιβεβαίωσε τη διάγνωση. Μόλις ξεκινήσει η θεραπεία, μπορεί να παρακολουθείται από γιατρό.

Αφού, λοιπόν, έχει γίνει διάγνωση ΔΕΠ-Υ, ο ειδικός μπορεί να συστήσει φαρμακευτική θεραπεία. Αυτό συνήθως συνεπάγεται θεραπεία με μεθυλφαινιδάτη (Methylphenidate) και ισχύει για το 98% των παιδιών με διάγνωση ΔΕΠ-Υ και σε θεραπεία πριν από την ηλικία των δέκα ετών. Η μεθυλφαινιδάτη χρησιμοποιείται σχεδόν αποκλειστικά για τη θεραπεία συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ (National Institute for Clinical Excellence, 2000). Τα φάρμακα που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ ενεργούν για την αύξηση του επιπέδου της κατεχολαμίνης (κατηγορία ορμονών που συμμετέχουν στις βιοχημικές και φυσιολογικές διεργασίες των ζωικών οργανισμών) στον εγκέφαλο. Παρόλο που η μεθυλφαινιδάτη έχει χρησιμοποιηθεί θεραπευτικά για περισσότερα από 60 χρόνια, οι ακριβείς προμετωπιαίοι φλοιικοί και υποφλοιώδεις μηχανισμοί δράσης είναι ελάχιστα κατανοητοί, αλλά σχετίζονται με την ικανότητά του να αποκλείει τους μεταφορείς επαναπρόσληψης ντοπαμίνης και νορεπινεφρίνης (Solanto, 1998). Είναι γνωστό, ωστόσο, ότι η ντοπαμίνη αυξάνει την προσοχή, το ενδιαφέρον και τα κίνητρα. Συχνές ανεπιθύμητες ενέργειες είναι η αϋπνία, οι πονοκέφαλοι, η μειωμένη όρεξη, η αυξημένη αρτηριακή πίεση και καρδιακός ρυθμός και τα συμπτώματα κατάθλιψης και άγχους (Friemoth, 2005).

Οι γονείς μπορούν, φυσικά, να αρνηθούν τη φαρμακευτική θεραπεία. Έτσι, τόσο ο ειδικός που συναντά ένα παιδί και η σοβαρότητα των πρώιμων συμπτωμάτων όσο και οι γονικές προτιμήσεις μπορεί να επηρεάσουν την πιθανότητα θεραπείας. Ανεξάρτητα από την επιλογή της φαρμακευτικής θεραπείας και τη σοβαρότητα της κατάστασης, το πρόγραμμα αναφοράς συμβουλεύει τα παιδιά με διάγνωση ΔΕΠ-Υ να τους προσφέρει εκπαίδευση και ανάπτυξη κοινωνικών δεξιοτήτων (Elia et al., 2013).

9.1.1. Θεραπεία σε ενήλικες

Οι νέοι που συνεχίζουν τη θεραπεία έως την ενηλικίωση πρέπει να αξιολογούνται για να διαπιστωθεί αν είναι απαραίτητη η συνέχιση της φαρμακολογικής θεραπείας έως την ενηλικίωση. Για ενήλικες με ΔΕΠ-Υ, η θεραπεία με φάρμακα πρέπει να είναι η θεραπεία πρώτης γραμμής, εκτός εάν προτιμώνται ψυχολογικές προσεγγίσεις. Οι φαρμακευτικές θεραπείες για διαταραχή σε ενήλικες θα πρέπει να ξεκινούν μόνο υπό την καθοδήγηση ενός ειδικού με εμπειρία σε αυτό το τομέα, ιδανικά ως μέρος μιας διεπιστημονικής ομάδας ή μετά από διεξοδική αξιολόγηση ως μέρος ενός ολοκληρωμένου προγράμματος θεραπείας που αντιμετωπίζει ψυχολογικές, συμπεριφορικές και επαγγελματικές ανάγκες (Christenson, Crane, Malloy & Parker, 2016. Solanto, 1998) Τα άτομα με κατάχρηση ουσιών θα πρέπει να παρακολουθούνται από ειδικό με γνώση και των δύο τομέων. Πριν ξεκινήσει η θεραπεία με φάρμακα, πρέπει να επιβεβαιωθεί η διάγνωση και να πραγματοποιηθεί πλήρης αξιολόγηση της ΔΕΠ-Υ και των συναφών διαταραχών, σύμφωνα με τις τρέχουσες εθνικές οδηγίες. Η γνωστική θεραπεία μπορεί να ληφθεί υπόψη όταν ο χρήστης της υπηρεσίας έχει κάνει μια ενημερωμένη επιλογή να μην έχει θεραπεία με φάρμακα ή η θεραπεία με φάρμακα που έχει ακολουθηθεί είναι μερικώς

αποτελεσματική ή μη ανεκτή ή αναποτελεσματική (Barkley, 1990· Leslie, Plemmons, Monn & Palinkas, 2007).

9.2. Αποτελεσματικότητα και βαθμός επίδρασης των φαρμάκων

Σε σχέση με άλλες ψυχιατρικές ασθένειες, η ΔΕΠ-Υ θεωρείται συχνά υπό προϋποθέσεις η πιο ανταποκρίσιμη σε φαρμακευτικές αγωγές. Πράγματι, μια ανάλυση μεγάλης κλίμακας από τον Leucht, Hierl, Kissling, Dold, και Davis (2012) που περιελάμβανε 16 φάρμακα σε 8 ψυχιατρικές διαταραχές, έδειξαν ότι η μεθυλφαινιδάτη και η αμφεταμίνη είναι από τα πιο αποτελεσματικά ψυχοτρόπα, που παρουσιάζει συγκρίσιμα αποτελέσματα. Η ίδια μελέτη ανέφερε ένα λιγότερο ισχυρό μέγεθος επίδρασης για την ατομοξετίνη. Συνολικά, μεταξύ 75% και 90% των ασθενών έχουν αναφερθεί ότι ανταποκρίνονται σε κάποια μορφή φαρμακοθεραπείας, αν και πολλοί ασθενείς δεν ανταποκρίνονται απαραίτητα στην πρώτη φαρμακευτική αγωγή. Η μεθυλφαινιδάτη και οι αμφεταμίνες συνταγογραφούνται ευρύτερα για ΔΕΠ-Υ και κλινικές δοκιμές έχουν επανειλημμένα αποδείξει την αποτελεσματικότητά τους σε παρασκευάσματα βραχείας και μακράς δράσης και σε ηλικίες που κυμαίνονται από την προσχολική έως την ενηλικίωση (Leucht, et al.,2012)

9.3. Διεγερτικά φάρμακα

Τα διεγερτικά είναι μια κατηγορία φαρμάκων που επιταχύνουν τα μηνύματα μεταξύ του εγκεφάλου και του σώματος. Μπορούν να κάνουν ένα άτομο να αισθάνεται πιο ξύπνιο, σε εγρήγορση, με αυτοπεποίθηση ή ενεργητικό. Μεγάλες δόσεις διεγερτικών μπορεί να προκαλέσουν υπερδιέγερση, προκαλώντας άγχος, πανικό, κρίσεις, πονοκεφάλους, κράμπες στο στομάχι, επιθετικότητα και παράνοια. Η μακροχρόνια χρήση ισχυρών διεγερτικών μπορεί επίσης να προκαλέσει μια σειρά από ανεπιθύμητες ενέργειες. Τα διεγερτικά περιλαμβάνουν καφεΐνη, νικοτίνη, αμφεταμίνες και κοκαΐνη (Carte, Nigg & Hinshaw, 1996).

Η μεθυλφαινιδάτη και οι αμφεταμίνες και γενικότερα τα διεγερτικά φάρμακα συμπεριλαμβανομένων των αμφεταμινών (π.χ. Adderall) και της μεθυλοφαινιδάτης (π.χ., Ritalin και Concerta) συχνά συνταγογραφούνται για τη θεραπεία παιδιών, εφήβων ή ενηλίκων που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ. Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να δώσουν προσοχή ή είναι πιο υπερκινητικά ή παρορμητικά από άλλα άτομα της ίδιας ηλικίας. Αυτό το πρότυπο συμπεριφοράς γίνεται συνήθως εμφανές όταν ένα παιδί είναι προσχολικό ή στις πρώτες τάξεις του δημοτικού σχολείου. Η μέση ηλικία εμφάνισης συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ είναι 7 χρόνων. Τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ πολλών ανθρώπων βελτιώνονται κατά την εφηβεία ή καθώς μεγαλώνουν, αλλά η διαταραχή μπορεί να συνεχιστεί έως την ενηλικίωση. Ευτυχώς, οι διαγνώσεις ΔΕΠ-Υ αυξάνονται. Σύμφωνα με τα Κέντρα Ελέγχου και Πρόληψης

Νοσημάτων των ΗΠΑ, από το 2011, το ποσοστό των ατόμων ηλικίας 4-17 έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ (Teeter, 2000).

9.3.1. Χρήση διεγερτικών φαρμάκων

Τα διεγερτικά με συνταγή έχουν ηρεμιστική επίδραση και συμβάλλουν στην εστίαση σε άτομα με ΔΕΠ-Υ. Συνιστώνται σε ασθενείς για καθημερινή χρήση και διατίθενται με τη μορφή δισκίων ή καψουλών διαφορετικών δόσεων. Η θεραπεία της ΔΕΠ-Υ με διεγερτικά, συχνά σε συνδυασμό με την ψυχοθεραπεία, βοηθά στη βελτίωση των συμπτωμάτων της μαζί με την αυτοαξιολόγηση του ασθενούς, την ικανότητα σκέψης και τις κοινωνικές και οικογενειακές αλληλεπιδράσεις (Teeter, 2000). . Ορισμένες φορές, τα συνταγογραφούμενα διεγερτικά οδηγούν σε κατάχρηση από τους ασθενείς, δηλαδή, λαμβάνονται σε υψηλότερες ποσότητες ή με διαφορετικό τρόπο από αυτόν που συνταγογραφείται, ή λαμβάνονται από αυτούς χωρίς συνταγή. Επειδή καταστέλλουν την όρεξη, αυξάνουν την εγρήγορση και αυξάνουν την εστίαση και την προσοχή, συχνά κατηγορούνται για σκοπούς απώλειας βάρους ή βελτίωσης της απόδοσης (π.χ., για να βοηθήσουν στη μελέτη ή την ενίσχυση των βαθμών στο σχολείο). Επειδή μπορεί να προκαλέσουν ευφορία, αυτά τα φάρμακα χρησιμοποιούνται επίσης συχνά για ψυχαγωγικούς σκοπούς. Η ευφορία από διεγερτικά γενικά παράγεται όταν τα χάπια συνθλίβονται και στη συνέχεια λαμβάνονται από τη μύτη ή αναμιγνύονται με νερό και εγχέονται (Mannuzza, Klein & Moulton, 2003).

9.3.2. Επιρροή διεγερτικών φαρμάκων στον εγκέφαλο

Όλα τα διεγερτικά λειτουργούν αυξάνοντας τα επίπεδα ντοπαμίνης στον εγκέφαλο - η ντοπαμίνη είναι ένας νευροδιαβιβαστής που σχετίζεται με την ευχαρίστηση, την κίνηση και την προσοχή. Το θεραπευτικό αποτέλεσμα των διεγερτικών επιτυγχάνεται με αργές και σταθερές αυξήσεις της ντοπαμίνης, οι οποίες είναι παρόμοιες με τον τρόπο που η ντοπαμίνη παράγεται φυσικά στον εγκέφαλο. Οι δόσεις που συνταγογραφούνται από τους γιατρούς αρχίζουν χαμηλές και αυξάνονται σταδιακά έως ότου επιτευχθεί θεραπευτικό αποτέλεσμα (Leslie, et al., 2007). Όταν λαμβάνεται σε δόσεις και μέσω διαφορετικών τρόπων από εκείνες που έχουν συνταγογραφηθεί, τα διεγερτικά με συνταγή μπορούν να αυξήσουν την ντοπαμίνη του εγκεφάλου με γρήγορο και εξαιρετικά ενισχυμένο τρόπο (παρόμοια με άλλα φάρμακα κατάχρησης όπως η μεθαμφεταμίνη), διαταράσσοντας έτσι την κανονική επικοινωνία μεταξύ των εγκεφαλικών κυττάρων και προκαλώντας ευφορία με αποτέλεσμα να αυξάνουν τον κίνδυνο εθισμού (Faraone, Biederman, Spencer, Mick, Murray, Petty, C., ... & Monuteaux, 2006· Faraone et al., 2015).

Ένα από τα πιο αμφιλεγόμενα ζητήματα στην παιδική ψυχιατρική είναι εάν η ευρεία χρήση διεγερτικών φαρμάκων για τη θεραπεία παιδιών με ΔΕΠ-Υ αυξάνει τον κίνδυνο κατάχρησης ουσιών στην ενηλικίωση. Βασικός λόγος αυτής της ανησυχίας

είναι ότι τα διεγερτικά φάρμακα (μεθυλφαινιδάτη και αμφεταμίνη) έχουν χαρακτηριστεί ως φάρμακα κατάχρησης, προκαλούν, δηλαδή, την ικανότητα αύξησης της συγκέντρωσης ντοπαμίνης στον πυρήνα, ο οποίος είναι ο νευρικός μηχανισμός που θεωρείται κρίσιμος για τα ενισχυτικά τους αποτελέσματα (Wise, 2002). Πράγματι, μερικές φορές η μεθυλφαινιδάτη και η αμφεταμίνη είναι πιθανό να οδηγήσουν σε κατάχρηση. Αυτή η κατάχρηση μπορεί να προκαλέσει εξάρτηση. Ένας άλλος λόγος ανησυχίας είναι ο χρόνος έκθεσης των παιδιών μικρής ηλικίας σε αυτές τις ουσίες. Οι επιδημιολογικές μελέτες σε ανθρώπους έχουν δείξει ότι όσο νωρίτερα ένα άτομο εκτίθεται σε ουσίες με πιθανότητα κατάχρησης, όπως αλκοόλ και νικοτίνη, τόσο μεγαλύτερος είναι ο κίνδυνος κατάχρησης ναρκωτικών και εξάρτησης στην ενηλικίωση (Grant, & Dawson, 1997). Ωστόσο, έχει προταθεί και η αντίθετη άποψη ότι η διεγερτική θεραπεία παιδιών και εφήβων με ΔΕΠΥ μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο μεταγενέστερης κατάχρησης ουσιών. Λαμβάνοντας υπόψη ότι τα άτομα με ΔΕΠ-Υ διατρέχουν υψηλότερο από το κανονικό κίνδυνο κατάχρησης ουσιών, είναι σημαντικό να τεκμηριωθούν και να αντιμετωπιστούν με το καλύτερο τρόπο αυτές οι δύο προοπτικές, παρά το γεγονός ότι για ένα τόσο κρίσιμο ζήτημα έχουν διεξαχθεί σχετικά λίγες κλινικές μελέτες (Elkins, 2007).

9.3.3. Άλλες επιπτώσεις στην υγεία

Τα διεγερτικά μπορούν να αυξήσουν την αρτηριακή πίεση, τον καρδιακό ρυθμό και τη θερμοκρασία του σώματος και να μειώσουν τον ύπνο και την όρεξη. Όταν γίνεται κακή χρήση, μπορούν να οδηγήσουν σε υποσιτισμό και τις συνέπειές του. Η επαναλαμβανόμενη κατάχρηση διεγερτικών μπορεί να οδηγήσει σε συναισθήματα εχθρότητας και παράνοιας. Σε υψηλές δόσεις, μπορεί να οδηγήσουν σε σοβαρές καρδιαγγειακές επιπλοκές, συμπεριλαμβανομένου του εγκεφαλικού επεισοδίου. Ο εθισμός στα διεγερτικά είναι επίσης, πραγματικός παράγοντας για όποιον κάνει χρήση χωρίς ιατρική παρακολούθηση (Wise, 2002). Ο εθισμός πιθανότατα συμβαίνει επειδή τα διεγερτικά, όταν λαμβάνονται σε υψηλές δόσεις και με διαφορετικούς τρόπους από αυτούς που συνταγογραφούνται από γιατρό, μπορούν να προκαλέσουν ταχεία αύξηση της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο. Επιπλέον, εάν τα διεγερτικά χρησιμοποιούνται για χρόνια, τα συμπτώματα στέρησης, συμπεριλαμβανομένης της κόπωσης, της κατάθλιψης και των διαταραχών του ύπνου, μπορεί να προκύψουν όταν ένα άτομο σταματήσει να τα παίρνει. Πρόσθετες επιπλοκές από την κατάχρηση διεγερτικών μπορεί να προκύψουν όταν τα χάπια συνθλίβονται και εγχέονται: Τα αδιάλυτα πληρωτικά στα δισκία μπορούν να μπλοκάρουν τα μικρά αιμοφόρα αγγεία (Faraone, et al., 2006· Leslie, et al., 2007).

9.3.4. Διεγερτικά και εθισμός

Ο όρος εθισμός αναφέρεται σε μια καταναγκαστική, χρόνια, φυσιολογική ή ψυχολογική ανάγκη για μια ουσία, συμπεριφορά ή δραστηριότητα που δημιουργεί συνήθεια που έχει επιβλαβείς σωματικές, ψυχολογικές ή κοινωνικές επιδράσεις και συνήθως προκαλεί καλά καθορισμένα συμπτώματα (όπως άγχος, ευερεθιστότητα, τρόμος ή ναυτία) κατά την απόσυρση ή αποχή (Elkins, 2007· Grant, & Dawson, 1997). Έχουν διατυπωθεί ανησυχίες ότι τα διεγερτικά που συνταγογραφούνται για τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ ενός παιδιού ή εφήβου θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ευπάθεια ενός ατόμου να αναπτύξει μεταγενέστερα προβλήματα ναρκωτικών, είτε αυξάνοντας τον κίνδυνο είτε παρέχοντας ένα βαθμό προστασίας. Οι μέχρι τώρα μελέτες δεν διαπίστωσαν διαφορές στη μετέπειτα χρήση ουσιών για παιδιά με ΔΕΠ-Υ που έλαβαν θεραπεία και σε αυτά που δεν το έκαναν. Αυτό υποδηλώνει ότι η θεραπεία της διαταραχής με φάρμακα φαίνεται ότι δεν επηρεάζει (είτε αρνητικά είτε θετικά) τον κίνδυνο ενός ατόμου να αναπτύξει μια διαταραχή χρήσης ουσιών (Faraone et al., 2006).

ΔΕΚΑΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΜΕΘΥΛΦΑΙΝΙΔΑΤΗ (ΜΡΗ) ΚΑΙ ΔΕΠ-Υ

10. Η μεθυλφαινιδάτη (MPH) σε περιπτώσεις ΔΕΠ-Υ

Τα διεγερτικά φάρμακα που περιλαμβάνουν αμφεταμίνες και μεθυλφαινιδάτη συχνά συνταγογραφούνται για τη θεραπεία παιδιών, εφήβων ή ενηλίκων που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ. Ένας αυξανόμενος αριθμός εφήβων και νεαρών ενηλίκων κάνουν χρήση διεγερτικών συνταγών για να ενισχύσουν την απόδοση της μελέτης τους σε μια προσπάθεια να βελτιώσουν τους βαθμούς τους στο σχολείο και υπάρχει μια ευρεία πεποίθηση ότι αυτά τα φάρμακα μπορούν να βελτιώσουν την ικανότητα ενός ατόμου να μάθει (γνωστική βελτίωση) (Schachar, Tannock, Cunningham & Corkum, 1997). Τα διεγερτικά με συνταγή προωθούν την εγρήγορση, αλλά μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι δεν ενισχύουν την ικανότητα μάθησης ή σκέψης όταν λαμβάνονται από άτομα που δεν έχουν στην πραγματικότητα ΔΕΠΥ. Επίσης, η έρευνα έχει δείξει ότι οι μαθητές που κάνουν χρήση διεγερτικών συνταγών έχουν στην πραγματικότητα χαμηλότερες επιδόσεις στο σχολείο από εκείνους που δεν το κάνουν. Τα αποδεικτικά στοιχεία των οφελών και των βλαβών της μεθυλφαινιδάτης στη θεραπεία της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής / υπερκινητικότητας είναι ασαφής (Greenhill, Kollins, Abikoff, McCracken, Riddle, M., Swanson, ... & Skrobala, 2006).

10.1. Βραχυπρόθεσμες επιπτώσεις του MPH σε ΔΕΠ-Υ

Πολλές κλινικές δοκιμές φαρμάκων ΔΕΠ-Υ έχουν χρησιμοποιήσει τη μείωση των συμπτωμάτων ως το κύριο μέτρο για τη θεραπεία απόκρισης. Ωστόσο, πέρα από τη βραχυπρόθεσμη ανταπόκριση και τη βελτίωση των συμπτωμάτων, πρέπει να καθοριστούν μακροπρόθεσμοι στόχοι φαρμακοθεραπείας για ΔΕΠ-Υ. Αυτοί οι στόχοι πρέπει να επιφέρουν τα βέλτιστα αποτελέσματα θεραπείας που εκτείνονται πέρα από στατιστικά, αλλά λειτουργικά μέτριες μειώσεις των συμπτωμάτων της διαταραχής και θα πρέπει να περιλαμβάνουν συμπτωματική και λειτουργική ύφεση. Τα RCT βρίσκονται στο υψηλότερο επίπεδο της ιεραρχίας των αποδεικτικών στοιχείων σχετικά με τα θεραπευτικά προβλήματα και αποτελούν τον καλύτερο τρόπο αξιολόγησης της αποτελεσματικότητας μιας παρέμβασης. Πολλά RCT έχουν αποδείξει βραχυπρόθεσμα οφέλη της MPH σε σχέση με τα συμπτώματα και τα προβλήματα συμπεριφοράς που σχετίζονται με την ΔΕΠ-Υ (Levin, Evans, Brooks & Garawi, 2007).

Τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο δοκιμές MPH έχουν δείξει αξιοσημείωτα βραχυπρόθεσμα αποτελέσματα στα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ σε παιδιά και εφήβους (Storebø, Ramstad, Krogh, Nilausen, Skoog, Holmskov, ... & Gillies, 2015). Ωστόσο, τα στοιχεία για τα οφέλη της MPH σε παραμέτρους αποτελεσμάτων που σχετίζονται με την ΔΕΠ-Υ, ιδιαίτερα την απόδοση του σχολείου, είναι αραιά. Η συγκεκριμένη νόσος σε παιδιά και εφήβους έχει βαθύ αρνητικό αντίκτυπο στη σχολική απόδοση και μια αναδρομική περιγραφική μελέτη αξιολόγησε τις διαφορές

στις σχολικές επιδόσεις μεταξύ των παιδιών που χρησιμοποιούν μεθυλφαινιδάτη στο τέλος του δημοτικού σχολείου. Η σχολική απόδοση των παιδιών με προηγούμενη έναρξη της θεραπείας με MPH αποδείχθηκε ότι ήταν χειρότερη από εκείνη των παιδιών που ξεκίνησαν τη θεραπεία αργότερα. Αυτό θα μπορούσε να υποδηλώνει μια περιορισμένη επίδραση της μακροχρόνιας θεραπείας ή μια πιο σοβαρά επηρεασμένη ομάδα παιδιών που χρειάστηκαν θεραπεία νωρίς. Επιπλέον, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ που έλαβαν MPH είχαν χειρότερη απόδοση στο σχολείο σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους. Συμπερασματικά, δεν υπάρχουν πειστικά στοιχεία ότι η MPH έχει ευεργετικά αποτελέσματα στη σχολική απόδοση των παιδιών με ΔΕΠ-Υ (Storebø, Faltinsen, Zwi, Simonsen & Gluud, 2018).

Μια συστηματική ανασκόπηση της MPH για παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ χρησιμοποιώντας τη μεθοδολογία Cochrane και η προ-δημοσίευση ενός πρωτοκόλλου αξιολόγησης έθεσε αρκετές ανησυχίες σχετικά με τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα της MPH στη ΔΕΠ-Υ. Τα ευρήματα των μετα-αναλύσεων βασίστηκαν στην αξιολόγηση των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ και στη γενική συμπεριφορά των εκπαιδευτικών, των γονέων και των παρατηρητών. Τα αποτελέσματα της συστηματικής επισκόπησης του Cochrane ήταν τα ακόλουθα: Η MPH μπορεί να βελτιώσει τα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Η MPH συσχετίστηκε με αυξημένο κίνδυνο μη σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών, ιδιαίτερα μειωμένη όρεξη και αϋπνία, αλλά δεν υπάρχουν ενδείξεις αύξησης του κινδύνου σοβαρών ανεπιθύμητων ενεργειών (σύντομες περίοδοι παρακολούθησης των περιλαμβανόμενων δοκιμών: διάμεση διάρκεια θεραπείας 49 ημερών σε 38 παράλληλες ομαδικές δοκιμές, 14 ημέρες σε 147 δοκιμές). Η συντριπτική πλειονότητα των δοκιμών (96,8%) θεωρήθηκε ότι διατρέχουν υψηλό κίνδυνο μεροληψίας σύμφωνα με τις οδηγίες του Cochrane. Η συνεπής μεροληψία και η χαμηλή ποιότητα των αποτελεσμάτων οδήγησαν σε μια λιγότερο ευνοϊκή κρίση των διαθέσιμων μελετών από ότι σε προηγούμενες δημοσιευμένες αναλύσεις και στο συμπέρασμα ότι το ακριβές θεραπευτικό όφελος της MPH είναι αβέβαιο. Αυτό το συμπέρασμα πυροδότησε μια έντονη συζήτηση (Storebø, et al., 2015).

Η πλειονότητα των μελετών που αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα των φαρμάκων ΔΕΠ-Υ χρηματοδοτήθηκαν από τους κατασκευαστές αυτών των φαρμάκων. Η χορηγία και οι συγκρούσεις συμφερόντων έχουν αποδειχθεί ότι μπορούν να επηρεάσουν τις επιπτώσεις της παρέμβασης στα αποτελέσματα, δηλαδή μπορεί να οδηγήσουν σε υπερεκτίμηση του οφέλους και υποτίμηση της βλάβης (Storebo et al, 2018)..

Σχεδόν οι ίδιες κριτικές για την κριτική Cochrane δημοσιεύθηκαν σε διάφορα άρθρα. Οι περισσότερες από τις κριτικές ήταν από ερευνητές με πιθανές συγκρούσεις συμφερόντων. Μια συστηματική ανασκόπηση της Cochrane σχετικά με το MPH για ενήλικες με ΔΕΠ-Υ αποσύρθηκε πρόσφατα, μετά από σοβαρή κριτική για την

ποιότητα των αποδεικτικών στοιχείων, τα ελαττωματικά συμπεράσματα και την προκατάληψη κεκτημένου ενδιαφέροντος. Μια περίληψη της κριτικής που οδήγησε στην απόσυρση μπορεί να βρεθεί διαθέσιμη αλλού. Η συστολή της συστηματικής επισκόπησης του Cochrane αναγνωρίζει προηγούμενη αναξιόπιστη κλινική έρευνα ΔΕΠ-Υ και υποδηλώνει ότι οι κλινικές δοκιμές της MPH σε ενήλικες με ΔΕΠ-Υ είναι πολύ χαμηλής ποιότητας. Απαιτούνται επειγόντως καλές μακροπρόθεσμες δοκιμές που αξιολογούν τα οφέλη και τις βλάβες της MPH σε ενήλικες (Chan et al., 2016. Wieland, Manheimer & Berman, 2011).

10.2.1. Μακροπρόθεσμη χορήγηση MPH

Ενώ οι βραχυπρόθεσμες επιδράσεις της MPH στα βασικά συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ έχουν παρουσιαστεί με συνέπεια σε πολλά άτομα με ΔΕΠ-Υ, δεν είναι σαφές εάν αυτό το φάρμακο βελτιώνει ή όχι το αποτέλεσμα για παρατεταμένη χρονική περίοδο ενώ υπάρχουν ανησυχίες σχετικά με τη μακροπρόθεσμη ασφάλεια χρήσης της MPH. Υπάρχουν εμφανή λειτουργικές βελτιώσεις σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ μετά τη θεραπεία με MPH, ενώ τα μακροπρόθεσμα αποτελέσματα δεν κατάφεραν να εξομαλυνθούν. Στη RCT που περιλαμβάνονται στην ανάλυση Cochrane των οφελών και των βλαβών της μεθυλφαινιδάτης σε παιδιά και εφήβους με διαταραχή, η διάμεση διάρκεια της φαρμακευτικής θεραπείας ήταν μικρότερη από δύο μήνες (Faraone, Spencer, Aleardi, Pagano & Biederman, 2004).

Η μεγαλύτερη RCT που διεξήχθη μέχρι στιγμής, η Μελέτη Πολυτροπικής Θεραπείας για παιδιά με ΔΕΠ-Υ, έδειξε ότι η χορήγηση φαρμακευτικής αγωγής για 14 μήνες οδήγησε σε σημαντικές βελτιώσεις στα συμπτώματα, στη σοβαρότητα των σχετικών διαταραχών και πολλαπλές πτυχές των λειτουργικών βλαβών. Ενώ τα συμπτώματα και διάφοροι τομείς εξασθένησης βελτιώθηκαν στο τέλος της ενεργού περιόδου θεραπείας, αυτές οι βελτιώσεις είχαν χαθεί εντός δύο ετών μετά τη θεραπεία. Κατά τη μακροχρόνια αξιολόγηση μετά τη θεραπεία έξι και οκτώ χρόνια μετά την έναρξη, ορισμένα από τα οφέλη της θεραπείας ήταν ακόμη ενεργά. Ωστόσο, τα άτομα που έλαβαν φαρμακευτική αγωγή έδειξαν σημαντική εξασθένηση σε σύγκριση με τους συμμαθητές τους χωρίς ΔΕΠ-Υ. Τα αποδεικτικά στοιχεία από τυχαίες ελεγχόμενες δοκιμές μακροπρόθεσμων οφελών της φαρμακευτικής αγωγής λείπουν σε μεγάλο βαθμό (Lange, 2017).

Μια συστηματική ανασκόπηση εντόπισε πέντε RCT και 10 ανοιχτές μελέτες επέκτασης αρχικών βραχυπρόθεσμων RCT, με ελάχιστη συνολική παρακολούθηση 24 εβδομάδων. Τα διαθέσιμα RCT έδειξαν ότι η φαρμακευτική αγωγή ήταν σημαντικά πιο αποτελεσματική από το εικονικό φάρμακο σε ενήλικες με ΔΕΠ-Υ και το θετικό αποτέλεσμα διατηρήθηκε κατά τη διάρκεια της περιόδου παρακολούθησης. Η μέγιστη διάρκεια αυτών των δοκιμών ήταν τέσσερα χρόνια. Μελέτες παρατήρησης

έδειξαν θετική συσχέτιση μεταξύ διεγερτικής θεραπείας κατά την παιδική ηλικία και ευνοϊκής μακροπρόθεσμης έκβασης σε ενήλικες με ΔΕΠ-Υ (Faraone, et al., 2004).

Ωστόσο, λαμβάνοντας υπόψη του γεγονότος ότι τα μέτρα αποτελεσματικότητας επικεντρώνονται στα συμπτώματα ΔΕΠ-Υ και όχι στις λειτουργικές συνέπειες της θεραπείας με ΜΡΗ, δεν μπορούν να εξαχθούν σταθερά συμπεράσματα βάσει των επί του παρόντος διαθέσιμων μακροπρόθεσμων μελετών. Επιπλέον, η μεγάλη ποικιλία σχεδίων μελέτης και μετρήσεων αποτελεσμάτων που χρησιμοποιούνται σε αυτές τις μελέτες αποκλείει μια μετα-αναλυτική αξιολόγηση. Σε μια μακροχρόνια παρατήρηση της ελεγχόμενης Μελέτης Πολυτροπικής Θεραπείας, τα παιδιά που είχαν λάβει διεγερτικό φάρμακο για ΔΕΠ-Υ έως την ενηλικίωση δεν έδειξαν συνεχή μείωση των συμπτωμάτων, δηλαδή δεν μπορούσαν να βρεθούν οφέλη σε σχέση με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων όταν αυτά τα άτομα συγκρίθηκαν με αυτά που διέκοψε τη φαρμακολογική θεραπεία ή που δεν είχαν λάβει ποτέ διεγερτικά. Φαρμακο-επιδημιολογικές μελέτες από τη Σουηδία έχουν συγκρίνει περιόδους κατά τις οποίες άτομα με ΔΕΠ-Υ έπαιρναν φάρμακα (Molina, Hinshaw, Swanson, Arnold, Vitiello, Jensen, ... & Elliott, G. R. 2009).

Τα ευρήματα αυτών των μελετών παρατήρησης έχουν προτείνει πιθανά μακροπρόθεσμα οφέλη από τη φαρμακοθεραπεία σε σοβαρά ταυτόχρονα προβλήματα, όπως κατάχρηση ουσιών, τάσεις αυτοκτονίας, τροχαία ατυχήματα και ποινικές καταδίκες. Αυτές οι μελέτες βάσει πληθυσμού είναι ευάλωτες σε πολλές απειλές κατά της εγκυρότητας και δεν μπορούν να εξηγήσουν τις συγχέουσες μεταβλητές που σχετίζονται με την επιλογή ασθενών για θεραπεία. Οι διαφορές στις ενδείξεις φαρμακοθεραπείας είναι η μεγαλύτερη απειλή, καθώς ορισμένοι ασθενείς ενδέχεται να λάβουν φάρμακα για πιο σοβαρά ή πολυάριθμα συμπτώματα και καταστάσεις. Στη Σουηδία, η συνταγογράφηση φαρμάκων ΔΕΠ-Υ είναι πιθανό να υποδηλώνει μεγαλύτερη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Επιπλέον, τα αποτελέσματα των μεταβλητών που ποικίλλουν κατά τη διάρκεια της παρακολούθησης δεν μπορούν να αποκλειστούν και το RCT πρέπει να εκτελεστεί (Fredriksen, Halmøy, Faraone & Haavik, 2013).

ΕΝΔΕΚΑΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΔΕΠ-Υ

11. Θεραπευτικές μέθοδοι ΔΕΠ-Υ

Παρόλο που δεν υπάρχει πραγματικά θεραπεία για τη ΔΕΠ-Υ, οι διαθέσιμες θεραπείες μπορεί να βοηθήσουν στη μείωση των συμπτωμάτων και στη βελτίωση της λειτουργίας. Η ΔΕΠ-Υ αντιμετωπίζεται συνήθως με φάρμακα, εκπαίδευση ή κατάρτιση, θεραπεία ή συνδυασμό θεραπειών (DuPaul, Power, Anastopoulos, Reid, McGoey & Ikeda, 1998).

11.1. Μορφές θεραπείας των ΔΕΠ-Υ

Για πολλούς ανθρώπους, τα φάρμακα μειώνουν την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα και βελτιώνουν την ικανότητά τους να εστιάζουν, να εργάζονται και να μαθαίνουν. Η πρώτη γραμμή θεραπείας είναι τα διεγερτικά Διεγερτικά: Παρόλο που φαίνεται ασυνήθιστο να αντιμετωπίζεται η ΔΕΠ-Υ με ένα φάρμακο που θεωρείται διεγερτικό, ωστόσο έχει φανεί αρκετά αποτελεσματικό. Πολλοί ερευνητές πιστεύουν ότι τα διεγερτικά είναι αποτελεσματικά επειδή το φάρμακο αυξάνει τη χημική ντοπαμίνη του εγκεφάλου, η οποία διαδραματίζει ουσιαστικό ρόλο στη σκέψη και την προσοχή (Blomster, 2020).

Μη διεγερτικά: Αυτά τα φάρμακα χρειάζονται περισσότερο χρόνο για να αρχίσουν να λειτουργούν σε σχέση με τα διεγερτικά, αλλά μπορούν επίσης να βελτιώσουν την εστίαση, την προσοχή και την παρορμητικότητα σε ένα άτομο με ΔΕΠ-Υ. Οι γιατροί μπορεί να συνταγογραφήσουν ένα μη διεγερτικό εάν ένα άτομο είχε ενοχλητικές παρενέργειες από διεγερτικά, εάν ένα διεγερτικό δεν ήταν αποτελεσματικό ή σε συνδυασμό με ένα διεγερτικό για να αυξήσει την αποτελεσματικότητα. Δύο παραδείγματα μη διεγερτικών φαρμάκων περιλαμβάνουν την ατομοξετίνη και τη γουανφασίνη (Zetterström, 2002).

Αντικαταθλιπτικά: Αν και τα αντικαταθλιπτικά δεν έχουν εγκριθεί από την Αμερικανική Υπηρεσία Τροφίμων και Φαρμάκων (FDA) ειδικά για τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ, μερικές φορές χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία ενηλίκων. Τα παλαιότερα αντικαταθλιπτικά, που ονομάζονται τρικυκλικά, μερικές φορές χρησιμοποιούνται επειδή, όπως τα διεγερτικά, επηρεάζουν τις χημικές ουσίες του εγκεφάλου νορεπινεφρίνη και ντοπαμίνη (Barton, 2005). Υπάρχουν πολλοί διαφορετικοί τύποι και μάρκες αυτών των φαρμάκων, όλα με πιθανά οφέλη και παρενέργειες. Μερικές φορές πρέπει να γίνει δοκιμή αρκετών διαφορετικών φαρμάκων ή δοσολογιών πριν βρεθεί η καλύτερη θεραπεία για ένα συγκεκριμένο άτομο (Zylowska & Mitchell, 2020). Οποιοσδήποτε παίρνει φάρμακα πρέπει να παρακολουθείται στενά και προσεκτικά από τον γιατρό του. Αντίστοιχα, αν υπάρχει κάποιο πρόβλημα με το φάρμακο ή αν προκαλέσει κάποια αρνητική παρενέργεια θα πρέπει ο ασθενής να συμβουλευτεί άμεσα το γιατρό του. Ο γιατρός είναι σε θέση να προσαρμόσει τη δόση ή να αλλάξει τη συνταγή, έτσι ώστε να λειτουργήσει καλύτερα (Elia et al., 2013).

11.1.2. Χρήση θεραπείας

Υπάρχουν διαφορετικά είδη θεραπείας που έχουν δοκιμαστεί για ΔΕΠ-Υ, αλλά η έρευνα δείχνει ότι η θεραπεία μπορεί να μην είναι αποτελεσματική στη θεραπεία των συμπτωμάτων ΔΕΠ-Υ. Ωστόσο, προσθέτοντας θεραπεία σε ένα σχέδιο θεραπείας ΔΕΠ-Υ μπορεί να βοηθήσει τους ασθενείς και τις οικογένειες να αντιμετωπίσουν καλύτερα τις καθημερινές προκλήσεις.

Για παιδιά και εφήβους: Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί μπορούν να βοηθήσουν τα παιδιά και τους εφήβους να μείνουν οργανωμένοι και να ακολουθήσουν τις οδηγίες όπως η τήρηση μιας ρουτίνας και ένα πρόγραμμα, η οργάνωση καθημερινών αντικειμένων, η χρήση των διοργανωτών της εργασίας και του σημειωματάριου, και πάντα δίνοντας επαίνους ή ανταμοιβές στα παιδιά όταν ακολουθούνται οι κανόνες (Sellander & Wikner, 2020).

Για ενήλικες: Μια άδεια παροχής ψυχικής υγείας ή θεραπευτής μπορεί να βοηθήσει έναν ενήλικα να μάθει να οργανώνει τη ζωή του με τη χρήση των κατάλληλων εργαλείων όπως η διατήρηση ρουτίνας και μετατρέποντας μεγάλες εργασίες σε πιο διαχειρίσιμες, μικρότερες εργασίες. Οι τεχνικές διαχείρισης στρες μπορούν να ωφελήσουν τους γονείς των παιδιών με ΔΕΠΥ αυξάνοντας την ικανότητά τους να αντιμετωπίζουν την απογοήτευση, ώστε να μπορούν να ανταποκρίνονται ήρεμα στη συμπεριφορά του παιδιού τους (Garcia, Bau, Silva, Callegari-Jacques, Salgado, Fischer, ... & Belmonte-de-Abreu, 2012). Οι ομάδες υποστήριξης μπορούν να βοηθήσουν τους γονείς και τις οικογένειες να συνδεθούν με άλλους που έχουν παρόμοια προβλήματα και ανησυχίες. Οι ομάδες συναντώνται συχνά τακτικά για να μοιράζονται απογοητεύσεις και επιτυχίες, να ανταλλάσσουν πληροφορίες σχετικά με τους προτεινόμενους ειδικούς και τις στρατηγικές και να συζητούν με ειδικούς (Kristensen & Mørck, 2014).

11.1.3. Γνωστική εκπαίδευση

Η γνωστική εκπαίδευση βασίζεται στη γνωστική αποκατάσταση, με βάση την ιδέα ότι η άμεση εκπαίδευση μπορεί να οδηγήσει σε αναδιοργάνωση των νευρικών λειτουργιών. Μεταξύ άλλων επιδράσεων, η νευροπλαστικότητα επιτρέπει στο κεντρικό νευρικό σύστημα να μαθαίνει νέες δεξιότητες, να θυμάται πληροφορίες και να αναδιοργανώνει τα νευρικά δίκτυα ως απόκριση στην εξωτερική διέγερση. Οι βασικοί μηχανισμοί που εμπλέκονται είναι η νευρογένεση, ο προγραμματισμένος κυτταρικός θάνατος και η συναπτική πλαστικότητα που εξαρτάται από τη δραστηριότητα. Η παιδική ηλικία είναι μια περίοδος αλλαγών στην ανατομική δομή και τις συναπτικές συνδέσεις του εγκεφάλου (Philips, 2006). Ο εγκέφαλος ενός παιδιού είναι πιο ευαίσθητος στις περιβαλλοντικές επιπτώσεις από τον εγκέφαλο των ενηλίκων λόγω της αυξημένης πλαστικότητας. Έτσι, οι τραυματισμοί και ορισμένες νευρολογικές ασθένειες αντιμετωπίζονται από τα παιδιά γρηγορότερα και

ευκολότερα από ότι στους ενήλικες. Αρκετές μελέτες δείχνουν ότι η κορυφή της πλαστικότητας του εγκεφάλου επιτυγχάνεται εντός των πρώτων 7 ετών της ζωής, αν και το δυναμικό είναι πιθανό να είναι δια βίου. Παρά την υπόθεση ότι τα παιδιά κάτω των 7 ετών έχουν καλύτερη νευροπλαστικότητα και επομένως μπορούν να επωφεληθούν περισσότερο από τη γνωστική εκπαίδευση σε σύγκριση με τα μεγαλύτερα παιδιά, δεν υπάρχουν ακόμη εμπεριστατωμένες μελέτες που να διερευνούν την επίδραση της γνωστικής εκπαίδευσης σε διαφορετικές ηλικιακές ομάδες (Nixon, 2012).

Η γνωστική εκπαίδευση παρέχεται συνήθως σε ηλεκτρονική μορφή και στοχεύει στην εκπαίδευση γνωστικών λειτουργιών που είναι ανεπαρκείς σε ένα πλήθος ασθενών χρησιμοποιώντας ένα ειδικό είδος παιχνιδιών στον υπολογιστή. Ένας ταχέως αυξανόμενος αριθμός δοκιμών υποστηρίζει την υπόθεση ότι οι γνωστικές δυσλειτουργίες μπορούν να αναπτυχθούν και να εκπαιδευτούν σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ (Prevatt, 2016). Οι περισσότερες δοκιμές σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν επικεντρωθεί αποκλειστικά στην εκπαίδευση στη μνήμη εργασίας, αλλά τα ευρήματα ήταν κάπως ασυνεπή. Συνολικά, η εκπαίδευση στη μνήμη εργασίας δείχνει επιδράσεις στη λεκτική και χωρική μνήμη εργασίας και αυτά τα αποτελέσματα γενικεύονται στη βελτιωμένη συνεχή προσοχή έως και 6 μήνες παρακολούθησης. Η μνήμη εργασίας, σε συνδυασμό με την εκπαίδευση αναστολής απόκρισης, έχει δείξει σημαντικές βελτιώσεις στα συμπτώματα, στην ικανότητα να αγνοεί τα ερεθίσματα που αποσπούν την προσοχή και στη διατήρηση της προσοχής (Nixon, 2012).

ΔΩΔΕΚΑΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΕΣ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΕΙΣ ΑΤΟΜΩΝ ΜΕ ΔΕΠ-Υ

12. Εκπαίδευση και κατάρτιση ατόμων ΔΕΠ-Υ

Τα παιδιά και οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ χρειάζονται καθοδήγηση και κατανόηση από τους γονείς, τις οικογένειες και τους δασκάλους τους για να αξιοποιήσουν πλήρως τις δυνατότητές τους και να επιτύχουν. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας μπορούν να εκπαιδεύσουν τους γονείς ενός παιδιού σχετικά με την κατάσταση και πώς επηρεάζει μια οικογένεια. Μπορούν επίσης να βοηθήσουν το παιδί και τους γονείς του να αναπτύξουν νέες δεξιότητες, στάσεις και τρόπους συσχέτισης μεταξύ τους (DuPaul, Weyandt, O'Dell, & Varejao, 2009. Αγγελίδης & Μαυροειδής, 2004· Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2004).

12.1. Εκπαιδευτικές προσεγγίσεις

Οι τομείς εκπαίδευσης παιδιά και οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ εστιάζουν (Weyandt, & DuPaul, 2008) :

- Στην εκπαίδευση δεξιοτήτων: διδάσκει στους γονείς τις δεξιότητες που χρειάζονται για να ενθαρρύνουν και να ανταμείψουν τις θετικές συμπεριφορές στα παιδιά τους.
- Στις τεχνικές διαχείρισης στρες: μπορεί να ωφελήσει τους γονείς των παιδιών με ΔΕΠ-Υ με σκοπό την αύξηση της ικανότητάς τους να αντιμετωπίσουν την απογοήτευση, έτσι ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν ήρεμα στη συμπεριφορά του παιδιού τους.

Οι ομάδες υποστήριξης μπορούν να βοηθήσουν τους γονείς και τις οικογένειες να συνδεθούν με άλλους που έχουν παρόμοια προβλήματα και ανησυχίες. Προσθέτοντας συμπεριφορική θεραπεία, παροχή συμβουλών, και πρακτική υποστήριξη μπορεί να βοηθήσουν τα άτομα με ΔΕΠ-Υ και τις οικογένειές τους για την καλύτερη αντιμετώπιση των καθημερινών προβλημάτων (Weyandt, & DuPaul, 2008).

12.2. Σχολικά προγράμματα για παιδιά με ΔΕΠ-Υ

Ορισμένα σχολεία προσφέρουν υπηρεσίες ειδικής αγωγής σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ που πληρούν τις προϋποθέσεις. Οι ειδικοί εκπαιδευτικοί βοηθούν παιδιά, γονείς και εκπαιδευτικούς κάνουν αλλαγές στην τάξη και εργασίες για το σπίτι για να βοηθήσουν το παιδί να πετύχει. Τα δημόσια σχολεία υποχρεούνται να προσφέρουν αυτές τις υπηρεσίες για παιδιά, τα οποία μπορεί να είναι ελεύθερα για οικογένειες που σχολικής περιφέρειας. (Lewandowski, Lovett, Coddling, & Gordon, 2008)

12.2.1. ΔΕΠ-Υ στην τάξη

Πολλά παιδιά που παρουσιάζουν παρορμητική συμπεριφορά, απροσεξία και υπερκινητικότητα δεν προσδιορίζονται πως έχουν μια πιθανή διαταραχή συμπεριφοράς μέχρι να εισέλθουν στο σχολείο. Αυτά τα συμπτώματα είναι πιο εμφανή στην τάξη, επειδή παρεμβαίνουν με τη μάθηση. Το παιδί με ΔΕΠ-Υ φαίνεται

ανώριμο με συμπεριφορά που μοιάζει με ένα νεότερο παιδί. Οι εκπαιδευτικοί δεν αναμένεται να κάνουν την τελική διάγνωση, ωστόσο μπορούν να κάνουν τις συστάσεις για περαιτέρω δοκιμές. Ακόμη και πριν από την επίσημη αναγνώριση του προβλήματος του παιδιού εξειδικευμένες στρατηγικές διδασκαλίας μπορεί να λειτουργήσουν (Jacobson, Crocetti, Dirlikov, Slifer, Denckla, Mostofsky, & Mahone, 2018). Εάν ο δάσκαλος υποψιάζεται ότι ένας από τους μαθητές τους παρουσιάζει συμπτώματα ΔΕΠ-Υ είναι χρήσιμο να κρατήσει ένα ημερολόγιο σημειώνοντας πόση εργασία μπορεί να ολοκληρώσει ο μαθητής, πόσο συχνά το παιδί αφήνει το κάθισμά του και τεκμηριώνοντας κάθε διαταραχή με την αντίστοιχη δραστηριότητα του μαθητή. Αυτό θα βοηθήσει αργότερα, όταν οι γονείς θα έχουν ειδοποιηθεί και το παιδί θα έχει εξεταστεί. Η ΔΕΠ-Υ έχει χαρακτηριστεί ως μαθησιακή δυσκολία που οδηγεί σε αποτυχία των βαθμών, χαμηλή αυτοεκτίμηση και εγκληματική δραστηριότητα (Weyandt & DuPaul, 2008).

Ο Δρ Russell Barkelly, διευθυντής σε κλινικές, στο Πανεπιστήμιο της Μασαχουσέτης διαπίστωσε ότι το 21% των εφήβων με ΔΕΠ-Υ απέφυγε το σχολείο, το 35% διατρέχει κίνδυνο εγκατάλειψης και το 45% της αναστολής. Έχει αποδειχθεί συσχέτιση μεταξύ της γνωστικής ικανότητας των παιδιών στο σχολείο, της γενικής νοημοσύνης και της λεκτικής ικανότητας με την εγκληματικότητα (Barkley, 2014). Υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που πρέπει να ληφθούν υπόψη όταν ένα παιδί παρουσιάζει φαινομενικά συμπτώματα της διαταραχής. Αυτοί οι παράγοντες περιλαμβάνουν την κακοποίηση παιδιών, την κατάχρηση ναρκωτικών, και την παρατεταμένη στέρηση, καθώς και άλλα αναπτυξιακά προβλήματα και ψυχολογικές διαταραχές (Reaser, Prevatt, Petscher & Proctor, 2007). Οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να παρουσιάσουν τις παρατηρήσεις τους στο προσωπικό ειδικής εκπαίδευσης του σχολείου τους, στο σχολικό σύμβουλο καθοδήγησης ή/και στον σχολικό ψυχολόγο για να μάθουν αν υπάρχουν αυτές οι συνθήκες για να εξηγήσουν τη συμπεριφορά του παιδιού. Ο δάσκαλος θα πρέπει επίσης να συναντηθεί με τους γονείς για να συζητήσουν τη συμπεριφορά του παιδιού και να το συγκρίνουν με τη συμπεριφορά του παιδιού στο σπίτι. Οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν από αυτές τις διασκέψεις θα μπορέσουν να δώσουν κάποια εικόνα για άλλους πιθανούς παράγοντες (Rabiner, Anastopoulos, Costello, Hoyle, & Swartzwelder, 2008).. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ ανταποκρίνονται καλύτερα σε μια δομημένη τάξη. Μια τάξη όπου οι προσδοκίες και οι κανόνες κοινοποιούνται με σαφήνεια και τα καθήκοντα είναι προσεκτικά σχεδιασμένα με σαφήνεια. Ο δάσκαλος μπορεί να διασπά τις αναθέσεις εργασιών σε μικρότερες και λιγότερο πολύπλοκες . Η θετική ενίσχυση πρέπει να ενσωματωθεί όταν τελειώσουν οι μαθητές κάθε εργασία. Αυτά τα παιδιά ανταποκρίνονται καλά σε ανταμοιβές για καλή συμπεριφορά. Η ανταμοιβή ενθαρρύνει τους μαθητές να εργαστούν προς την κατεύθυνση της αποδεκτής συμπεριφοράς (Barkelly, 2008).

Η ανάπτυξη ενός μαθητή με ΔΕΠ-Υ μπορεί να είναι απογοητευτική και ενοχλητική. Το βασικό ζήτημα που πρέπει να αποδεχτεί το σχολικό περιβάλλον είναι ότι ο μαθητής δεν το κάνει σκόπιμα. Αυτή η διαταραχή είναι μια πραγματική ιατρική κατάσταση που απαιτεί ειδική υποστήριξη ανάλογα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Η κατανόηση και αποδοχή της ΔΕΠ-Υ μαζί με την επιθυμία προσαρμογής των στρατηγικών διδασκαλίας και μάθησης μπορούν να επιτρέψουν σε πολλούς μαθητές να μάθουν πιο αποτελεσματικά (Schnoes, Reid, Wagner & Marder, 2006). Δεδομένου ότι οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ συχνά αντιμετωπίζουν προβλήματα και δεν είναι σε θέση να αντιμετωπίσουν την κριτική, συχνά μπορεί να γίνουν επιθετικοί και εχθρικοί. Αυτό μπορεί να βλάψει ολόκληρη τη στάση τους απέναντι στο σχολείο και στη μάθηση, και μπορεί τελικά να τους κάνει να εγκαταλείψουν την εκπαίδευση. Είναι πολύ σημαντικό να δουν αυτά τα παιδιά ότι η εκπαίδευση δεν τους έχει εγκαταλείψει.

Μία τεχνική που μπορεί να βοηθήσει είναι να ο δάσκαλος και γενικότερα το σχολείο να δει αυτή την κατάσταση, όχι τόσο ως πρόβλημα, αλλά ως ευκαιρία. Εδώ οι βασικές αρχές είναι να αναζητηθούν τα θετικά όποτε είναι δυνατόν. Οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ αισθάνονται ασφαλείς εάν γνωρίζουν τι να περιμένουν. Με τακτική ρουτίνα, εξοικειώνονται με αυτό που πρέπει να κάνουν. Όσο περισσότερο μπορεί να τηρηθεί η ρουτίνα, τόσο το καλύτερο. Οποιαδήποτε αλλαγή δημιουργεί απλώς απόσπαση της προσοχής, αβεβαιότητα και σύγχυση (Μαυροειδής, 2004).

Ένα σημαντικό πρόβλημα που αντιμετωπίζουν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ είναι ότι έχουν προβλήματα να εκφράσουν τις σκέψεις τους προφορικά και σε χαρτί. Μπορεί επίσης να κάνουν πράγματα με λάθος σειρά. Το να καταφέρουν οι μαθητές με ΔΕΠ-Υ να μάθουν πώς να αναπτύσσουν μια σειρά εκφράσεων με τη σωστή σειρά θα επιφέρει πραγματικές βελτιώσεις στην ακαδημαϊκή τους απόδοση (Barkelly, 2008·Μαυροειδής, 2004).

ΔΕΚΑΤΟ ΤΡΙΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

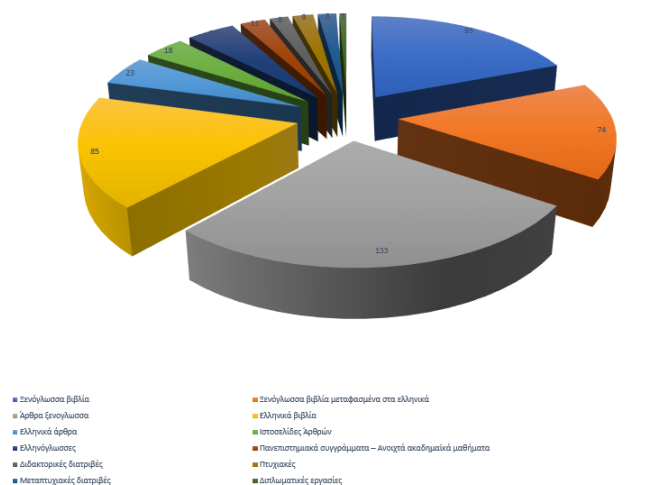
ΜΕΘΟΛΟΓΙΑ ΤΗ ΕΡΕΥΝΑΣ

13. Μέθοδος

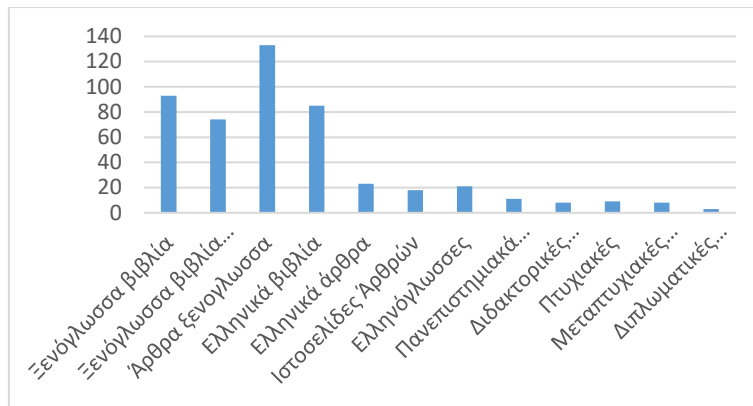
Ο ερευνητικός σχεδιασμός και εκτέλεση της παρούσας βιβλιογραφικής έρευνας έγινε υπό την καθοδήγηση του υπεύθυνου καθηγητή Αλέξανδρου-Σταμάτιου Αντωνίου στα πλαίσια εκπόνησης διπλωματικής εργασίας. Η διάρκειά εκπόνησης ήταν 12 μήνες. Όλα τα βήματα της παρούσας διπλωματικής βιβλιογραφικής εργασίας, σχεδιάστηκαν και εφαρμόστηκαν σύμφωνα με τους κανόνες δεοντολογίας και ηθικής (Ρούσσοσ & Τσαούσης, 2011).

13.1. Δείγμα

Η μέθοδος της έρευνας ήταν η ανασκόπηση βιβλιογραφίας – μετανάλυση. Οι βιβλιογραφικές πηγές που χρησιμοποιήθηκαν αποτελούν το δείγμα της βιβλιογραφικής έρευνας και ανασκόπησης που έχει ως σκοπό να προσδιορίσει και να εκτιμήσει, να συγκρίνει και να αντιπαραθέσει τα χαρακτηριστικά που προσδίδουν οι συγκεκριμένες πηγές στο υπό διερεύνηση θέμα (Λατινόπουλος, 2010). Έπειτα από οργανωμένη επισκόπηση των αρθρογραφιών και των βιβλιογραφικών δεδομένων, βασισμένες σε κατάλληλες μεθόδους και τεχνικές, επιλέχθηκαν 135 ξενόγλωσσες και 33 ελληνικές βιβλιογραφικές πηγές καταγεγραμμένες αλφαβητικά σε 14 σελίδων βιβλιογραφία, οι οποίες τεκμηριώνουν τα λεγόμενα του ερευνητή-φοιτητή και καθιστούν την εργασία ως αξιόπιστη και τεκμηριωμένη (Εικόνα 1,1^α).



Εικόνα 1: Βιβλιογραφικές πηγές



Εικόνα 1^α : Αναλυτικές Βιβλιογραφικές πηγές

13.1.1. Δειγματοληψία

Αναφορικά με τον τρόπο ανεύρεσης των πηγών, που αντλήθηκαν μέσω διαδικτύου, αυτές ήταν από:

- ✗ Πανεπιστημιακές - Ακαδημαϊκές βιβλιοθήκες δια ζώσης
- ✗ Βάσεις δεδομένων σε έντυπη ή ηλεκτρονική
- ✗ Μηχανές αναζήτησης
- ✗ Ιδρυματικά Πανεπιστημιακά αποθετήρια
- ✗ Ψηφιακές Ακαδημαϊκές βιβλιοθήκες
- ✗ Πλατφόρμες τηλεκπαίδευσης (e-course)
- ✗ Προσωπικά βιβλία πανεπιστημιακού περιεχομένου
- ✗ Βιβλία και διαλέξεις των καθηγητών της φοιτήτριας.

Μερικοί από τους διαδικτυακούς δρόμους που ακολουθήθηκαν ήταν:

1. Openarchives.gr στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.openarchives.gr/> Ιστοχώρος
2. HEAL LINK στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.heal-link.gr/> Σύνδεσμο Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών
3. Συλλογικός κατάλογος ελληνικών ακαδημαϊκών βιβλιοθηκών στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.unioncatalog.gr/ucportal/>
4. <http://library.panteion.gr/> Βιβλιοθήκη και Υπηρεσία Πληροφόρησης του Παντείου Πανεπιστημίου
5. Google scholar στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://scholar.google.com/>

6. Elsevier στην ηλεκτρονική διεύθυνση <https://www.elsevier.com/>
Εκδοτικός οίκος με επιστημονικό περιεχόμενο
7. Google book search (στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://books.google.com/>)
8. [PsychINFO](http://search.proquest.com/psycinfo?accountid=31631) στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://search.proquest.com/psycinfo?accountid=31631> Βιβλιογραφική βάση δεδομένων
9. Internet Public Library (IPL) στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.ipl.org/>. Δικτυακός θεματικός κατάλογος
10. Directory of open access book στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.doabooks.org/> Συγγράμματα υψηλού επιστημονικού επιπέδου που έχουν αξιολογηθεί από ομότιμους.
11. PubMed στην ηλεκτρονική διεύθυνση <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> Εθνική Βιβλιοθήκης των Η.Π.Α.
12. <http://apothetirio.teip.gr/xmlui> Ιδρυματικό Αποθετήριο
13. <http://olympias.lib.uoi.gr/jspui/handle/123456789/533?locale=el> Ιδρυματικό αποθετήριο Ολυμπιάς Πανεπιστημίου Ιωαννίνων
14. <https://www.lib.auth.gr/el/%CE%99%CE%9A%CE%95%CE%95> ΙΚΕΕ.
15. <https://www.openarchives.gr/aggregator-openarchives/portal/institutions/auth> Open Archives. gr. ΑΠΘ.
16. <https://opencourses.gr/> Ανοιχτά Ακαδημαϊκά μαθήματα.

Η γλώσσα των βιβλιογραφικών πηγών που προτιμήθηκε ήταν τόσο η Ελληνική όσο και η Ξενόγλωσση. Οι λέξεις κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν για την αναζήτηση πηγών σχετικών με το θέμα ήταν: με λέξη κλειδί με θέμα με λογικούς τελεστές , με χαρακτήρα αποκοπής ή ερωτηματικού, φράσεις με περιορισμού ή φίλτρα.

13.2. Υλικά

Για τη συλλογή και την επεξεργασία της εργασίας χρησιμοποιήθηκαν ένα Laptop (Ryzen 7 3750H/8 GB/256 GB/GTX 1650 4 GB) και η διαδικτυακή σύνδεση της ερευνητή.

13.3. Διαδικασία

Η μεθοδολογία της έρευνας βασίστηκε στην ανασκόπηση βιβλιογραφίας – μετανάλυση. Το μεθοδολογικό πλαίσιο που χρησιμοποιήθηκε είναι συμβατό με τα δεδομένα του συγγραφέα και τα χρονοτοπογραφικά πλαίσια της εργασίας.

Στη φάση του σχεδιασμού, κατά τον προσδιορισμό του πεδίου της έρευνας αρχικά έγινε η σαφής διατύπωση και επιλογή οριοθετημένου θέματος, το οποίο ήταν σύμφωνο με το διδακτικό αντικείμενο του καθηγητή και τα ενδιαφέροντα του φοιτητή. Στις κατευθυντήριες συζητήσεις του καθηγητή με τον φοιτητή δόθηκαν οι κατάλληλες επεξηγήσεις και διευκρινήσεις. Έγινε αναφορά στο γενικό πλαίσιο και την ανάπτυξη περιεχομένου, λαμβάνοντας υπόψη τους πιθανούς περιορισμούς που αφορούσαν την αφενός την απειρία της ερευνήτριας στη συλλογή δεδομένων, στην ερμηνεία και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων και αφετέρου να χρονοτοπογραφικά όρια της εκπόνησης της εργασίας.

Επιλέχθηκε η βιβλιογραφική ανασκόπηση ως επιλογή προσέγγισης σχετική με το αντικείμενο της έρευνας και τον τρόπο συλλογής δεδομένων εστιάζοντας στους παράγοντες του θέματος της πτυχιακής εργασίας. Μέσω της μεθόδου κωδικοποίησης η έρευνα στηρίχθηκε εξ ολοκλήρου σε θεωρίες σχετικές με τους δοσμένους από το θέμα παράγοντες που βοηθούν στην ανάπτυξή του, όταν αυτό παίζει σε μία παιδική χαρά. Έτσι, μέσω της απαγωγικής μεθόδου διερευνήθηκαν οι σχετικές με το θέμα θεωρίες.

Αρχικά ορίστηκαν οι θεματικές και οι λέξεις κλειδιά. Έπειτα, στη φάση εκτέλεσης της βιβλιογραφικής έρευνας, έγινε άντληση σχετικών με το θέμα βιβλιογραφικών πηγών. Στη συνέχεια, ο φοιτητής προέβει στην δημιουργία χάρτη της βιβλιογραφίας ταξινομήθηκαν, οργανώθηκαν και προσδιορίστηκαν τα απαραίτητα και σχετικότερα προς μελέτη δεδομένα που αφορούσαν το θέμα και θα χρησιμοποιούνταν για την παρούσα πτυχιακή.

Στη συνέχεια έγινε η μελέτη, ανάλυση, μοντελοποίηση, επεξεργασία και ερμηνεία εννοιών, θεωριών, μελετών, δεδομένων, συμπερασμάτων και αποτελεσμάτων (Miles & Huberman, 1994). Η τεχνική ανάλυσης δεδομένων βασίστηκε στην ανάλυση περιεχομένου προκειμένου να μελετηθεί η συχνότητα εμφάνισης των υπό διερεύνηση θεμάτων (Τσιώλης, 2015),

Στο τελικό στάδιο, έγινε καταγραφή και παρουσίαση όλων των επιλεγμένων βιβλιογραφικών πηγών που καθιστούσαν τεκμηριωμένα αληθή ή ψευδή τα υποθετικά ερωτήματα που τέθηκαν στην αρχή της εργασίας, προσδίδοντας παράλληλα έναν επιστημονικό χαρακτήρα στο περιεχόμενό της. Ωστόσο, μέσα από τα συμπεράσματα αντλήθηκαν επιπλέον ερωτήματα και προϋποθέσεις για μελλοντικές έρευνες σχετικές με το θέμα.

Σύμφωνα με την Babbie (2011), η ανάλυση περιεχομένου περιέχει αρκετά πλεονεκτήματα καθώς αφενός είναι οικονομικότερη αφού δεν απαιτεί ερευνητικούς εξοπλισμούς και προσωπικό και αφετέρου δεν χρειάζεται να επαναληφθεί για διόρθωση σφαλμάτων.

ΔΕΚΑΤΟ ΤΕΤΑΡΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

14. Αποτελέσματα

Η ΔΕΠ-Υ έχει γίνει η πιο συχνά διαγνωσμένη μορφή ψυχοπαθολογίας στα προσχολικά χρόνια, με εκτιμήσεις υψηλότερης επικράτησης παιδιών σε νεαρή ηλικία. Παρ' όλα αυτά, οι νευροανατομικές αλλαγές σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠΥ μόλις 4 ετών αναγνωρίζονται τώρα, με ρυθμό ανατομικής καθυστέρησης που σχετίζεται με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων. Η εικόνα είναι ανησυχητική, διότι ακόμη και όταν αντιμετωπίζεται στα προσχολικά χρόνια, τα παιδιά με ΔΕΠΥ συνεχίζουν να παρουσιάζουν συμπτώματα και σημαντικές δυσλειτουργίες στο δημοτικό σχολείο (APA, 2013).

Τα κύρια συμπτώματα της διαταραχής έλλειψης προσοχής- υπερκινητικότητας ξεκινούν συχνότερα στην πρώιμη παιδική ηλικία και παραμένουν έως την ενηλικίωση για πολλά άτομα με τη διαταραχή. Τα τελευταία 20 χρόνια, η ΔΕΠ-Υ για ενήλικες έχει επίσης αναγνωριστεί και τώρα αναγνωρίζεται ως έγκυρη κατάσταση με γενετική συσχέτιση (Barkley et al., 2010· Goldstein & Ellison, 2002· Flory, et al., 2006).

Τα άτομα με ΔΕΠ-Υ μπορούν να είναι πολύ επιτυχημένα στη ζωή. Ωστόσο, χωρίς ταυτοποίηση και κατάλληλη θεραπεία, η ΔΕΠ-Υ μπορεί να έχει σοβαρές συνέπειες, όπως σχολική αποτυχία, οικογενειακό άγχος και διαταραχή, κατάθλιψη, προβλήματα με σχέσεις, κατάχρηση ουσιών, παραβατικότητα, τυχαίους τραυματισμούς και αποτυχία εργασίας (DuPaul, et al., 2003). Η έγκαιρη αναγνώριση και θεραπεία είναι εξαιρετικά σημαντικές για τη ζωή του ασθενούς (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006· Wender, 2001).

Η μακροπρόθεσμη έρευνα στη ΔΕΠ-Υ καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η παιδική ηλικία με ΔΕΠ-Υ δεν αποκλείει υψηλά εκπαιδευτικά και επαγγελματικά επιτεύγματα. Ωστόσο, η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή που μπορεί να επηρεάσει όλες τις πτυχές της ζωής ενός παιδιού (Ανδρεάκη & Ξενικάκη, 2018· Chan, et al., 2016· Faraone, et al., 2004). Η προσεκτική αξιολόγηση είναι υψίστης σημασίας και εάν αυτό καταδεικνύει σημαντική εξασθένηση ως αποτέλεσμα της ΔΕΠ-Υ, υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι η θεραπεία της ΔΕΠ-Υ είναι απαραίτητη (Καλιαμούρη & Κατσαράκη, 2016). Η τρέχουσα θεραπεία εστιάζεται κυρίως στη βραχυπρόθεσμη ανακούφιση των βασικών συμπτωμάτων, κυρίως κατά τη διάρκεια των σχολικών ετών. Αυτό μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τη λειτουργία του παιδιού και της οικογένειας και να μην βελτιστοποιήσει την αυτοεκτίμηση και τη μακροχρόνια ανάπτυξη της ψυχικής υγείας (Barkley, 2020· Biederman, 1999· Friemuth, 2005).

Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να συνεργάζονται με τα παιδιά και τις οικογένειές τους για να παρακολουθούν την επιτυχία ή την αποτυχία της θεραπείας, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένα κριτήρια για την αξιολόγηση συγκεκριμένων τομέων δυσκολίας και ποιότητας ζωής στο σύνολό τους (Barkley, 2014). Η απόδειξη πιθανών σοβαρών

δυσκολιών για το παιδί, την οικογένεια και, σε ορισμένες περιπτώσεις, για την κοινωνία στο σύνολό της, σημαίνει ότι η συντονισμένη προσπάθεια πολλαπλών φορέων για τη στήριξη του παιδιού και της οικογένειας είναι απαραίτητη. Επιπλέον, οι επαγγελματίες υγείας παίζουν σημαντικό ρόλο στην παροχή ισορροπημένων και υποστηρικτικών πληροφοριών σχετικά με τη ΔΕΠ-Υ και στην κάλυψη των αναγκών των πληγέντων ατόμων και των οικογενειών τους (Bruchmüller, et al., 2012· Bjornstad & Montgomery, 2005).

Ωστόσο, ανεξαρτήτως θεραπείας τα παιδιά ενδέχεται να αναπτύξουν αρνητική, ακόμη και παραβατική συμπεριφορά (Ζαχαρογέωργα, 2018). Αυτό, φυσικά δεν σημαίνει απαραίτητα ότι η θεραπεία απέτυχε. Η αποκλίνουσα συμπεριφορά μπορεί να προκληθεί στο παιδί και τον ενήλικα λόγω των συμπτωμάτων που προκαλεί η διαταραχή τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο (Flory, et al., 2006). Η αδυναμία συγκέντρωσης, η ζωή στο περιθώριο, ο φόβος του διαφορετικού, η μη αποδοχή από άτομα της ίδιας ηλικίας, η αποτυχία στο σχολείο και ίσως πολλές φορές ο αποκλεισμός από άτομα του οικογενειακού περιβάλλοντος είναι κάποιες από τις αιτίες που ωθούν άτομα με ΔΕΠ-Υ σε παραβάσεις ακόμη και σοβαρού βαθμού (Guyer, 2000).

Φυσικά, από την παραβατική συμπεριφορά δεν θα μπορούσε να λείπει η χρήση και πολλές φορές η κατάχρηση δυνατών φαρμάκων όπως διεγερτικών, τα οποία αποτελούν και την πιο συχνή μορφή θεραπείας (Edwards, et al., 2001). Οι ασθενείς, συχνά θέλοντας να κατευνάσουν τα συμπτώματα καταφεύγουν σε υπερβολική και μεγαλύτερη από τη συνιστώμενη από το γιατρό δοσολογία, στην προσπάθεια τους να φανούν αντάξιοι των καθημερινών τους δραστηριοτήτων. Αποτέλεσμα αυτού, αρκετές φορές είναι ο εθισμός σε βαριές ουσίες, αγνοώντας τις συνέπειες (Barton, 2005· Faraone et al., 2004)

Έχουν προβληθεί ανησυχίες ότι τα διεγερτικά που συνταγογραφούνται για τη θεραπεία της ΔΕΠ-Υ ενός παιδιού ή εφήβου θα μπορούσαν να επηρεάσουν την ευπάθεια ενός ατόμου να αναπτύξει μεταγενέστερα προβλήματα ναρκωτικών - είτε αυξάνοντας τον κίνδυνο είτε παρέχοντας ένα βαθμό προστασίας. Οι μέχρι τώρα μελέτες δεν διαπίστωσαν διαφορές στη μετέπειτα χρήση ουσιών για παιδιά με ΔΕΠΥ που έλαβαν θεραπεία και σε αυτά που δεν το έκαναν. Αυτό υποδηλώνει ότι η θεραπεία με φάρμακα ΔΕΠ-Υ φαίνεται ότι δεν επηρεάζει τον κίνδυνο ενός ατόμου να αναπτύξει μια διαταραχή χρήσης ουσιών (Κουμούλα, 2012).

ΔΕΚΑΤΟ ΠΕΜΠΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

15. Συζήτηση

Στην παρούσα βιβλιογραφική επισκόπηση έγινε μελέτη και ανάλυση των αιτιών και των παραγόντων που πλαισιώνουν την έννοια ΔΕΠ-Υ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα υπάρχει η πιθανότητα το παιδί ή ο ενήλικας να εμπλακεί σε παραβατικές συμπεριφορές. Με ποιο τρόπο, ενδεχομένως ένα παιδί ή και ένας ενήλικας θα μπορούσε να αποφύγει τη παραβατικότητα;

Η απάντηση σε αυτό το ερώτημα βρίσκεται σε όλους εμάς και γενικότερα στη κοινωνία. Από τη μία πλευρά θα βοηθούσε τους γονείς, τους δασκάλους, τους δικαστικούς υπαλλήλους και τους θεραπευτές να γνωρίζουν τα προειδοποιητικά σημάδια παραβατικότητας, ώστε να μπορούν να αναλάβουν δράση το συντομότερο δυνατό. Η αύξηση των προγνωστικών μας δυνάμεων θα βοηθούσε επίσης στην αύξηση της κατανόησης της προέλευσης της παραβατικότητας. Έρευνα δείγματος 27 παιδιών ηλικίας 5-7 ετών που ζουν σε δομές κατέληξε στο συμπέρασμα πως η ποιότητα του περιβάλλοντος όπου μεγαλώνουν τα παιδιά έχει καταδειχθεί ως ζωτικής σημασίας στη μελέτη της ανάπτυξης των παιδιών (Τουλουμάκου & Πανταζή, 2020). Αντίστοιχη έρευνα δείγματος 110 συμμετεχόντων σχετικά με αντιλήψεις και τις πρακτικές των εκπαιδευτικών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για τη συμμετοχή και λειτουργία μαθητών με ΔΕΠ-Υ συμπέρανε πως οι εκπαιδευτικοί τίθενται υπέρ της εφαρμογής θετικών πρακτικών τόσο στη σχολική τάξη όσο και έξω από αυτή (Γεωργιάδη, 2020).

Η ΔΕΠ-Υ και οι σχετικές διαταραχές συμπεριφοράς μπορούν στην πραγματικότητα να επηρεάσουν την επιλογή ενός παιδιού ή εφήβου να διαπράξει εγκλήματα. Έρευνα δείγματος 100 συμμετεχόντων σχετικά με τις αντιλήψεις 100 εκπαιδευτικών προσχολικής ηλικίας, στους οποίους δόθηκε ένα ερωτηματολόγιο, σχετικά με το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού σε παιδιά με αναπτυξιακές αποκλίσεις διαπίστωσε πως αφενός τα παιδιά αυτά διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο θυματοποίησης συγκριτικά με άλλα παιδιά και αφετέρου η συνεργασία των εκπαιδευτικών με τους γονείς αλλά και με υπηρεσίες της κοινότητας, καθώς και η επιμόρφωσή τους σε θέματα διαχείρισης σχολικού εκφοβισμού σε παιδιά με αναπτυξιακές αποκλίσεις, αποτελούν τις βασικότερες στρατηγικές για την αντιμετώπιση αυτού του φαινομένου (Γαβαλίδη, 2020).

Όλα τα παιδιά ΔΕΠ-Υ δεν είναι απαραίτητως εγκληματίες, αλλά αυτά που παρακάμπτουν την εγκληματική πορεία έχουν σαφώς την υποστήριξη γονέων και έμπειρων δασκάλων. Έχουν διαγνωστεί σωστά και λαμβάνουν συμβουλευτική, τροποποίηση συμπεριφοράς και, εάν είναι απαραίτητο, φαρμακευτική αγωγή. Έρευνα των Ανδρεάκη και Ξενικάκη, (2018) Δείγματος 363 τυπικών ενηλίκων συμπέρανε πως το ερωτηματολόγιο αυτό-αναφοράς για αξιολόγηση ενηλίκων για ΔΕΠ-Υ παρέχει πληροφορίες για την αυτοαντίληψη των ενδεχόμενων δυσκολιών.

Μέσω πρόσφατης έρευνας δείγματος 20 εκπαιδευτικών που δίδασκαν σε σχολεία φυλακών σχετικά με τη διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών και εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών ανηλίκων με προβατική συμπεριφορά διαπίστωσε πως η κατανάλωση αλκοόλ επιδρά στατιστικά σημαντικά στη διαμόρφωση των επιπέδων των προβλημάτων συμπεριφοράς των ανηλίκων παραβατών (Ζαχαρογέωργα, 2018).

Οι παρεμβάσεις συμπεριφοράς είναι, επίσης, ένα σημαντικό συστατικό της θεραπείας για παιδιά που πάσχουν από ΔΕΠ-Υ. Σημαντικές στρατηγικές περιλαμβάνουν τη χρήση θετικών ενισχύσεων και τη διδασκαλία δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, επικοινωνίας και αυτοπεποίθησης (Christenson, et al., 2016). Τα παιδιά, ειδικά οι έφηβοι, πρέπει να συμμετέχουν ενεργά ως σεβαστά στις ομάδες σχεδιασμού και θεραπείας του σχολείου καθώς μελέτες κατέληξαν στο συμπέρασμα πως οι μαθητές με μαθησιακές ή άλλου τύπου δυσκολίες που επηρεάζουν τη συμπεριφορά όπως η περίπτωση ΔΕΠ-Υ τραβούν την προσοχή και 'ετικοποιούνται' συχνότερα από τους υπόλοιπους μαθητές (Graham, 2006a· Graham, 2006b). Βέβαια, αντίστοιχη μελέτη επισημαίνει την συμβολή των νέων τεχνολογιών στην ουσιαστική εκπαίδευση των μαθητών/μαθητριών με αναπηρία (Τερζοπούλου, 2020).

Η επιτυχία του σχολείου μπορεί να απαιτεί ποικιλία παρεμβάσεων στην τάξη και παρεμβάσεις συμπεριφοράς. Τα περισσότερα παιδιά με ΔΕΠ-Υ μπορούν να διδαχθούν στην κανονική τάξη με μικρές προσαρμογές στο περιβάλλον. Μερικά παιδιά μπορεί να χρειάζονται ειδικές υπηρεσίες εκπαίδευσης. Αυτές οι υπηρεσίες μπορεί να παρέχονται εντός της τάξης κανονικής εκπαίδευσης ή μπορεί να απαιτούν μια ειδική τοποθέτηση εκτός της κανονικής τάξης που να ικανοποιεί τις μοναδικές μαθησιακές ανάγκες του παιδιού. Έρευνα της Καματέρη, (2014) δείγματος 112 εκπαιδευτικών σχετικά με τη γνώση των εκπαιδευτικών για τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) και η ικανότητα διάκρισης των χαρακτηριστικών τους στους μαθητές κατέληξε σε συμπεράσματα πως οι εκπαιδευτικοί θεωρούν ότι είναι περισσότερο ικανοί στον εντοπισμό της ΔΕΠ/Υ και της Χαρισματικότητας παρά στην αντιμετώπιση αυτών και στην κάλυψη των αναγκών αυτών των παιδιών. Μελέτη δύο περιπτώσεων παιδιών με Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), κατέληξε σε συμπέρασμα πως οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί των δύο παιδιών με ΔΕΠ-Υ δείχνουν να ανησυχούν τόσο για την ολοκλήρωση της φοίτησης των παιδιών στο σχολείο, όσο και για την επαγγελματική τους αποκατάσταση (Χαΐδου, 2020)

15.1. Περιορισμοί της έρευνας

Μελετώντας τα κοινωνικά φαινόμενα υπό προσωπικής ματιάς κάθε ανθρώπου είναι δυνατόν ο ερευνητής μέσω της διερεύνησης, μελετώντας βιβλιογραφίες ερευνητών, θεωρητικών και ερευνών και αναλύοντας την αντίληψη φαινομένων της κοινωνίας, να δώσει εξήγηση της έννοιας ΔΕΠ-Υ με τη μορφή απόψεων ή των στάσεων που έχει ο άνθρωπος, ο θεωρητικός ή ο «ειδικός» για κάθε φαινόμενο, διάγνωση ή θεραπεία (Λαγουμιτζής, 2015). Ωστόσο, αν θέλαμε να προσεγγίσουμε μία πιο ολιστική προσέγγιση του ΔΕΠ-Υ παιδιού (Παπαβασιλείου & Παππά, 2017· Pavlidis & Giannouli, 2014) θα έπρεπε να μελετηθούν διεξοδικά σε βάθος χρόνου και ανά περίπτωση οι παράγοντες:

- της νευρομυϊκής ωρίμανσης
- του περιβάλλοντος
- της κληρονομικότητας
- των κινητικών δεξιοτήτων
- της επίδρασης του χρόνου στην επερχόμενη αλλαγή
- των κινήτρων
- της αλληλεπίδρασης και των ρόλων που αποδίδονται στις σχέσεις
- της ατομικής μάθησης-εκπαίδευσης

Επίσης όσες θεωρίες κι αν παρουσιάσουμε παρότι αποτελούν βασικά σημεία αναφοράς δεν είμαστε βέβαιοι ότι μπορούμε να προσδιορίσουμε απόλυτα καθώς θα πρέπει να λάβουμε υπόψη μας (Neuhaus, 1998· Χάιδου, 2020):

- ✓ Τα χαρακτηριστικά του παιδιού βάσει των ατομικών διαφορών του
- ✓ Τις ιδιαίτερες ικανότητες, δεξιότητες και κλίσεις ή τον πιθανό βαθμό διαταραχών αυτών

Ωστόσο, παρά τους περιορισμούς έγινε όσον το δυνατόν πιο αναλυτική προσέγγιση. Ωστόσο, οι προβληματισμοί, οι ελλείψεις ή παραλείψεις που προκύπτουν από την παρουσίαση της συγκεκριμένης εργασίας καθώς και η βιβλιογραφία που παρατίθεται στο τέλος μπορούν να αποτελέσουν «υλικό» για περαιτέρω ανάλυση αλλά και έναυσμα για μία νέα πιο βαθιά έρευνα τόσο για την κάθε θεωρία ξεχωριστά όσο και για όλες μαζί.

Στον αντίποδα, βέβαια υπάρχει και το ερώτημα του εάν δεν υπήρχαν οι πρότερες βιβλιογραφικές έρευνες ακόμα και στην περίπτωση που δεν ήταν καθόλα τα κριτήρια πλήρεις, για να υπάρχει γνώση, εξέλιξη, να βασιστούν, να απορριφθούν ή να

προκύψουν οι νέες, θα υπήρχαν οι σύγχρονες θεωρίες προσέγγισης των παιδιών με διάγνωση ΔΕΠ-Υ;

15.2. Προτάσεις για το μέλλον

Εάν θέλαμε να έχουμε μια πιο επιστημονική άποψη για το συγκεκριμένο θέμα θα ήταν ευχής έργον να μπορούσε να γίνει παράλληλα μία ερευνητική εργασία από ειδικούς ερευνητές με ερωτηματολόγια, συνεντεύξεις και παρατήρηση ανά τον κόσμο και σε βάθος χρόνου.

Συμπερασματικά, παραμένουν αρκετά εξέχοντα κλινικά και ερευνητικά ερωτήματα που πιθανότατα θα αποτελέσουν το επίκεντρο της επόμενης γενιάς έρευνας για την ΔΕΠ-Υ.

ΔΕΚΑΤΟ ΕΚΤΟ ΚΕΦΑΛΑΙΟ

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

16.Συμπεράσματα

Σύμφωνα με την παρούσα βιβλιογραφική μελέτη και ανάλυση των αιτιών και των παραγόντων που πλαισιώνουν την έννοια ΔΕΠ-Υ, θα ήταν χρήσιμο να γνωρίζουμε τη διάγνωση από την πρώτη ηλικία κατά την οποία τα προβλήματα γίνονται εμφανή. Με αυτόν τον τρόπο, θα μπορούν ενδεχομένως να προβλεφθούν μελλοντικά προβλήματα και να γίνονται εκπαιδευτικές παρεμβάσεις και προσπάθειες προτού παγιωθούν οι προβληματικές συμπεριφορές. Η ακριβής πρόβλεψη θα επέτρεπε την εστίαση στην ομάδα με τον υψηλότερο κίνδυνο και, στη συνέχεια, οι παρεμβάσεις θα μπορούσαν να επικεντρωθούν σε εξειδικευμένες πρακτικές παρέμβασης. Οι κλινικοί ιατροί πρέπει να συνεργάζονται με τα παιδιά, τους εκπαιδευτικούς και τις οικογένειές τους για να παρακολουθούν την επιτυχία την θεραπεία, που βασίζεται στα συγκεκριμένα κριτήρια και τις αξιολογήσεις του κάθε παιδιού με επικέντρωση σε τομείς της ατομικής δυσκολίας του κάθε παιδιού. (Barkley, 2014).

Βιβλιογραφικές αναφορές

Αγγελίδης, Π., & Μαυροειδής, Γ. (2004). Εκπαιδευτικές Καινοτομίες για το Σχολείο του Μέλλοντος

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic criteria from dsM-iv-tr*. American Psychiatric Pub.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental health disorders: DSM-5*. American Psychiatric Pub.

Αναγνωστόπουλος, Δ. Κ. (2001). Η συννοσηρότητα των μαθησιακών διαταραχών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 18(5), 457-465.

Anastopoulos, A. D., & Shelton, T. L. (2006). *Assessing attention-deficit/hyperactivity disorder*. Springer Science & Business Media.

Ανδρεάκη, Α., & Ξενικάκη, Κ. (2018). Κλίμακα αυτοαναφοράς ΔΕΠ-Υ ενηλίκων: μια πιλοτική μελέτη.

Αντωνίου, Α. (2016). Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα στους μαθητές, αιτιολογικοί παράγοντες και θεραπευτικές παρεμβάσεις. *Πανελλήνιο συνέδριο επιστημών εκπαίδευσης*, 2014(2), 623-630.

Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. Guilford Press.

Barkley, R. A. (1997). *Managing the Defiant Child: A Guide to Parent Training*. [Videotape and Program Manual]. Guilford Publications, Inc., 72 Spring St., New York, NY 10012.

Barkley, R. A. (2002). Psychosocial treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *The Journal of Clinical Psychiatry*.

Barkley, R. A. (2008). Classroom accommodations for children with ADHD. *The ADHD Report*, 16(4), 7-10.

Barkley, R. A. (2015). Concentration deficit disorder (sluggish cognitive tempo). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*, 81-115.

Barkley, R. A. (2015). *History of ADHD*. In R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (p. 3–50). The Guilford Press.

Babbie, E. (2011). *Εισαγωγή στην κοινωνική έρευνα*. Αθήνα: Κριτική.

Barkley, R. A. (2020). *Taking charge of ADHD: The complete, authoritative guide for parents*. Guilford press.

Barkley, R. A. (Ed.). (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.

Barkley, R. A. (Ed.). (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.

Barkley, R. A. (Ed.). (2014). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment*. Guilford Publications.

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). *Attention-deficit hyperactivity disorder: A clinical workbook*. Guilford Press.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2010). *ADHD in adults: What the science says*. Guilford Press.

Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Kwasnik, D. (1996). Motor vehicle driving competencies and risks in teens and young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Pediatrics*, *98*(6), 1089-1095.

Barton, J. (2005). Atomoxetine: a new pharmacotherapeutic approach in the management of attention deficit/hyperactivity disorder. *Archives of disease in childhood*, *90*(suppl 1), i26-i29.

Biederman, J., & Faraone, S. V. (2006). The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income. *Medscape General Medicine*, *8*(3), 12.

Biederman, J., Spencer, T. J., Wilens, T. E., Weisler, R. H., Read, S. C., & Tulloch, S. J. (2005). Long-term safety and effectiveness of mixed amphetamine salts extended release in adults with ADHD. *CNS spectrums*, *10*(S20), 16-25.

Biederman, J., Wilens, T. E., Mick, E., Faraone, S. V., & Spencer, T. (1998). Does attention-deficit hyperactivity disorder impact the developmental course of drug and alcohol abuse and dependence?. *Biological psychiatry*, *44*(4), 269-273.

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Spencer, T., & Faraone, S. V. (1999). Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. *Pediatrics*, *104*(2), e20-e20.

Bjornstad, G. J., & Montgomery, P. (2005). Family therapy for attention-deficit disorder or attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).

Blomster, K. (2020). *Fysisk aktivitet eller Farmakologi för en hälsosammare behandlingsupplevelse enligt individer med ADHD?: Retrospektiv intervjustudie.*

Brown, T. E. (2000). *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults.* American Psychiatric Publishing, Inc..

Brown, T. E. (2005). *Attention deficit disorder: The unfocused mind in children and adults.* Yale University Press.

Bruchmüller, K., Margraf, J., & Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(1), 128.

Γαβαλίδη, Μ. Π. (2020). Αντιλήψεις εκπαιδευτικών προσχολικής ηλικίας για το φαινόμενο του σχολικού εκφοβισμού σε παιδιά με αναπτυξιακές αποκλίσεις στο χώρο του νηπιαγωγείου.

Γεωργιάδη, Ε. (2020). *Αντιλήψεις και πρακτικές εκπαιδευτικών δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης για τη συμμετοχή και λειτουργία μαθητών με συμπεριφορικές-συναισθηματικές διαταραχές στην γενική τάξη/τμήματα ένταξης και οι δυσκολίες ένταξης τους* (Doctoral dissertation, Σχολή Τεχνών και Επιστημών της Αγωγής: Επιστήμες της Αγωγής).

Carte, E. T., Nigg, J. T., & Hinshaw, S. P. (1996). Neuropsychological functioning, motor speed, and language processing in boys with and without ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24(4), 481-498.

Cengel-Kultur, E., Cuhadaroglu-Cetin, F., & Gokler, B. (2007). Demographic and clinical features of child abuse and neglect cases. *Turkish journal of pediatrics*, 49(3), 256.

Chan, E., Fogler, J. M., & Hammerness, P. G. (2016). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: a systematic review. *Jama*, 315(18), 1997-2008.

Charach, A., Yeung, E., Climans, T., & Lillie, E. (2011). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-

analyses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(1), 9-21.

Christenson, J. D., Crane, D. R., Malloy, J., & Parker, S. (2016). The cost of oppositional defiant disorder and disruptive behavior: A review of the literature. *Journal of Child and Family Studies*, 25(9), 2649-2658.

Comings, D. E. (1990). *Tourette syndrome and human behavior*. Hope Press.

Drechsler, R., Brem, S., Brandeis, D., Grünblatt, E., Berger, G., & Walitza, S. (2020). ADHD: Current Concepts and Treatments in Children and Adolescents. *Neuropediatrics*, 51(5), 315.

Duchnowski, A. J., Hall, K. S., Kutash, K., & Friedman, R. M. (1998). The alternatives to residential treatment study. *Outcomes for children and youth with behavioral and emotional disorders and their families: Programs and evaluation best practices*, 55-80.

DuPaul, G. J., & Stoner, G. (2003). *ADHD in the schools* New York.

DuPaul, G. J., Power, T., Anastopoulos, A., Reid, R., McGoe, K. E., & Ikeda, M. J. (1998). *The ADHD-IV Rating Scale*. New York, NY: Guilford.

DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., O'Dell, S. M., & Varejao, M. (2009). College students with ADHD: Current status and future directions. *Journal of attention disorders*, 13(3), 234-250.

Edwards, G., Barkley, R. A., Laneri, M., Fletcher, K., & Metevia, L. (2001). Parent-adolescent conflict in teenagers with ADHD and ODD. *Journal of abnormal child psychology*, 29(6), 557-572.

Elia, J., Kingsley, R., Lam, C., Takeda, T., de Berardinis, R., Laracy, S., ... & Hakonarson, H. (2013). Pharmacological treatment and prognosis of ADHD. *ADHD: Clinical Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. London: Future Medicine, 72-102.

Elkins, I. J., McGue, M., & Iacono, W. G. (2007). Prospective effects of attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, and sex on adolescent substance use and abuse. *Archives of general psychiatry*, 64(10), 1145-1152.

Evans, J., Seri, S., & Cavanna, A. E. (2016). The effects of Gilles de la Tourette syndrome and other chronic tic disorders on quality of life across the lifespan: a systematic review. *European child & adolescent psychiatry*, 25(9), 939-948.

Faraone, S. V., & Wilens, T. (2003). Does stimulant treatment lead to substance use disorders?. *The Journal of Clinical Psychiatry*.

Faraone, S. V., Asherson, P., Banaschewski, T., Biederman, J., Buitelaar, J. K., & Ramos-Quiroga, J. A. & Franke, B.(2015). Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 1, 15020.

Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T., Mick, E., Murray, K., Petty, C., ... & Monuteaux, M. C. (2006). Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid?. *American Journal of Psychiatry*, 163(10), 1720-1729.

Faraone, S. V., Spencer, T., Aleardi, M., Pagano, C., & Biederman, J. (2004). Meta-analysis of the efficacy of methylphenidate for treating adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of clinical psychopharmacology*, 24(1), 24-29.

Farrington, D. P., Piquero, A. R., & Jennings, W. G. (2013). *Offending from childhood to late middle age: Recent results from the Cambridge study in delinquent development*. Springer Science & Business Media.

Flory, K., Molina, B. S., Pelham, Jr, W. E., Gnagy, E., & Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 571-577.

Fredriksen, M., Halmøy, A., Faraone, S. V., & Haavik, J. (2013). Long-term efficacy and safety of treatment with stimulants and atomoxetine in adult ADHD: a review of controlled and naturalistic studies. *European Neuropsychopharmacology*, 23(6), 508-527.

Friemoth, J. (2005). When patients, parents, and teachers are educated, we achieve better outcomes-Clinical commentary.

Ζαχαρογέωργα, Τ. (2018). *Διερεύνηση των ψυχοκοινωνικών και εκπαιδευτικών χαρακτηριστικών ανηλίκων με παραβατική συμπεριφορά και προσδιορισμός κριτηρίων για την ανάπτυξη ψυχοπαιδαγωγικής παρέμβασης* (Doctoral dissertation, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών (ΕΚΠΑ). Σχολή Επιστημών Αγωγής. Τμήμα Παιδαγωγικό Δημοτικής Εκπαίδευσης).

Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (1997). *Child Symptom Inventory 4: CSI*. Checkmate Plus.

Garcia, C. R., Bau, C. H. D., Silva, K. L., Callegari-Jacques, S. M., Salgado, C. A. I., Fischer, A. G., ... & Belmonte-de-Abreu, P. (2012). The burdened life of adults with ADHD: impairment beyond comorbidity. *European Psychiatry, 27*(5), 309-313.

Gioia, G. A. (2000). *Behavior rating inventory of executive function: Professional manual*. Psychological Assessment Resources, Incorporated.

Goldstein, S., & Ellison, A. T. (Eds.). (2002). *Clinician's guide to adult ADHD: Assessment and intervention*. Elsevier.

Graham, L. (2006a), Caught in the net: a Foucaultian interrogation of the incidental effects of limited notions of "inclusion", *International Journal of Inclusive Education, 10*, 3-24

Graham, L. (2006b), Done by discourse...or the problem/s with labeling, In: M. Keeffe & S. Carrington (Eds): *School and Diversity, Sydney*: Pearson Education.

Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1997). Age at onset of alcohol use and its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of substance abuse, 9*, 103-110.

Greenhill, L., Kollins, S., Abikoff, H., McCracken, J., Riddle, M., Swanson, J., ... & Skrobala, A. (2006). Efficacy and safety of immediate-release methylphenidate treatment for preschoolers with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(11), 1284-1293.

Guyer, B. P. (2000). *ADHD: Achieving success in school and in life*. Boston, MA: Allyn & Bacon.

Iorfino, F., Marangoni, C., Cui, L., Hermens, D. F., Hickie, I. B., & Merikangas, K. R. (2020). Familial aggregation of anxiety disorder subtypes and anxious temperament in the NIMH Family Study of Affective Spectrum Disorders. *Journal of Affective Disorders*.

Jacobson, L. A., Crocetti, D., Dirlikov, B., Slifer, K., Denckla, M. B., Mostofsky, S. H., & Mahone, E. M. (2018). Anomalous brain development is evident in preschoolers with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society, 24*(6), 531-539.

Janca, A., & Hiller, W. (1996). ICD-10 checklists—a tool for clinicians' use of the ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. *Comprehensive psychiatry, 37*(3), 180-187.

Jerome, L., Segal, A., & Habinski, L. (2006). What we know about ADHD and driving risk: a literature review, meta-analysis and critique. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15(3), 105.

Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, 4(3), 183-207.

Κάκουρος Ε. και Μανιαδάκη Κ. (2006). Ψυχοπαθολογία Παιδιών και Εφήβων. Αθήνα: Gutenberg

Κάκουρος, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2015). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής.

Κάκουρος, Ε., Ζουρνατζής, Ε., & Μανιαδάκη, Κ. (2015). Πολυεπίπεδη προσέγγιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).

Καλαντζή-Αζίζι, Α., & Ζαφειροπούλου, Μ. (2004). *Προσαρμογή στο σχολείο. Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών*. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Καλιαμούρη, Ν., & Κατσαράκη, Χ. (2016). Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα: Διάγνωση και θεραπευτική αντιμετώπιση.

Καματέρη, Δ. (2014). Η γνώση των εκπαιδευτικών για τη χαρισματικότητα και τη διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠ/Υ) και η ικανότητα διάκρισης των χαρακτηριστικών τους στους μαθητές.

Καράμπελα, Ε., Κυριαζή, Σ., Σαλαμπάνη, Δ., & Σιώκη, Ξ. (2016). ΔΕΠ-Υ: Ψυχοσυναισθηματικό και μαθησιακό προφίλ: πολυεπίπεδη προσέγγιση.

Karski, T., Karski, J., Oleszczuk, J., Oleszczuk, H., Domagała, M., & Menet, H. (2019). Minimal Brain Dysfunction (MBD)--the influence on the Locomotor System. Symptoms. Physiotherapy. *Archives of Physiotherapy & Global Researches*, 23(2).

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Connors, C. K., Demler, O., ... & Spencer, T. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of psychiatry*, 163(4), 716-723.

Κουμούλα, (2012) Η εξέλιξη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στον χρόνο. *ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΗ*, 49-59, 2012.

Κουρκούτας, Η. Ε. (2011). *Προβλήματα συμπεριφοράς στα παιδιά. Παρεμβάσεις στο πλαίσιο της οικογένειας και του σχολείου*. Αθήνα: Τόπος.

Kristensen, K. L., & Mørck, L. L. (2014). ADHD medication and social self-understanding. *European Journal of Psychology of Education*.

Κωνσταντίνου, Α. (2020). ΔΕΠ-Υ: Αίτια και συμπτώματα. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 8, 620-630.

Λαγουμιντζής, Β. Κ. (2015). *Μεθοδολογία της έρευνας στις Επιστήμες υγείας*. Αθήνα: ΣΕΑΒ.

Λαδίκια, Λ., & Λουϊζα, Μ. (2019). Συνοσηρότητα Δυσλεξίας και Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).

Λατινόπουλος Π. (2010). *Τα πρώτα βήματα στην έρευνα*. Εκδόσεις Κριτική

Lange, K. W. (2017). The treatment of attention deficit hyperactivity disorder has no proven long-term benefits but possible adverse effects. *Movement and Nutrition in Health and Disease*, 1.

Lee, S. S. (2011). Childhood ADHD increases the risk of nicotine use in adolescence and alcohol use in young adulthood. *Evidence-based mental health*, 14(3), 63.

Leslie, L. K., Plemmons, D., Monn, A. R., & Palinkas, L. A. (2007). Investigating ADHD treatment trajectories: listening to families' stories about medication use. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(3), 179-188.

Leucht, S., Hierl, S., Kissling, W., Dold, M., & Davis, J. M. (2012). Putting the efficacy of psychiatric and general medicine medication into perspective: review of meta-analyses. *The British Journal of Psychiatry*, 200(2), 97-106.

Levin, F. R., Evans, S. M., Brooks, D. J., & Garawi, F. (2007). Treatment of cocaine dependent treatment seekers with adult ADHD: double-blind comparison of methylphenidate and placebo. *Drug and alcohol dependence*, 87(1), 20-29.

Lewandowski, L. J., Lovett, B. J., Coddington, R. S., & Gordon, M. (2008). Symptoms of ADHD and academic concerns in college students with and without ADHD diagnoses. *Journal of Attention Disorders*, 12(2), 156-161.

Λιβανίου, Ε. (2004). *Μαθησιακές δυσκολίες και προβλήματα συμπεριφοράς στην κανονική τάξη*. Αθήνα: Κέδρος.

Lipsey, M. W., & Derzon, J. H. (1998). Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research.

Loeber, R. E., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M. E., & White, H. R. E. (2008). *Violence and serious theft: Development and prediction from childhood to adulthood*. Routledge/Taylor & Francis Group.

Μανιαδάκη, Κ. (2015). Η εκδήλωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας στα αγόρια και στα κορίτσια.

Μαυροειδής, Γ. (2009). Εκπαιδευτικές καινοτομίες για το σχολείο του μέλλοντος, τόμος Α'. *Πρακτικά συνάντησης: Καινοτομία & ποιότητα στη σχολική εκπαίδευση*.

Mannuzza, S., Klein, R. G., & Moulton III, J. L. (2003). Does stimulant treatment place children at risk for adult substance abuse? A controlled, prospective follow-up study. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 13(3), 273-282.

Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2003). Mental health of children and adolescents in Great Britain. *International review of Psychiatry*, 15(1-2), 185-187.

Michelson, D., Faries, D., Wernicke, J., Kelsey, D., Kendrick, K., Sallee, F. R., ... & Atomoxetine ADHD Study Group. (2001). Atomoxetine in the treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder: a randomized, placebo-controlled, dose-response study. *Pediatrics*, 108(5), e83-e83.

Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: a developmental taxonomy. *Psychological review*, 100(4), 674.

Molina, B. S., Hinshaw, S. P., Swanson, J. M., Arnold, L. E., Vitiello, B., Jensen, P. S., ... & Elliott, G. R. (2009). The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(5), 484-500.

Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). *Qualitative data analysis: an expanded sourcebook*. Sage Publications.

Murphy, T. K., Lewin, A. B., Storch, E. A., & Stock, S. (2013). American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with tic disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52(12), 1341-1359.

National Institute for Clinical Excellence. (2000). Guidance on the use of methylphenidate (Ritalin, Equasym) for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in childhood. *Technology appraisal guidance*, (13).

Νικολαου, Ο. (2017). ΔΕΠΥ και Συμβουλευτική γονέων. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 2016(2), 860-874.

Neuhaus, C. (1998). *Το Υπερκινητικό Παιδί και τα Προβλήματα του*. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα

Nixon, R. D. V., Sterk, J., & Pearce, A. (2012). A randomized trial of cognitive behaviour therapy and cognitive therapy for children with posttraumatic stress disorder following single-incident trauma. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(3), 327-337.

Παλίλη, Α. (2016). Επιδημιολογία της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στον ελληνικό πληθυσμό.

Παπαβασιλείου & Παππά, Ε. Η. (2017). Πολυπαραγοντική προσέγγιση Αναπτυξιακών Διαταραχών σε επίπεδο διάγνωσης: Μελέτη περίπτωσης παιδιού ηλικίας 3-7 ετών με ΔΕΠ-Υ.

Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *A social interactional approach: Antisocial boys*. Oregon Social Learning Center & Castilian Publishing Company.

Pavlidis, G. T., & Giannouli, V. (2014). Linking ADHD–Dyslexia and specific learning difficulties. *The Sage handbook of emotional and behavioral difficulties*, 221-235.

Παπαβασιλείου, Α., & Παππά, Ε. Η. (2017). Πολυπαραγοντική προσέγγιση Αναπτυξιακών Διαταραχών σε επίπεδο διάγνωσης: Μελέτη περίπτωσης παιδιού ηλικίας 3-7 ετών με ΔΕΠ-Υ.

Παπανικολόπουλος, Π. Ν. (2020). *Συννοσηρότητα ψυχικών διαταραχών και διαταραχών χρήσης ουσιών στην εφηβεία* (No. GRI-2020-26843). Aristotle University of Thessaloniki.

Pelham Jr, W. E. (1999). The NIMH multimodal treatment study for attention-deficit hyperactivity disorder: Just say yes to drugs alone?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 44(10), 981-990.

Pelham Jr, W. E., & Lang, A. R. (1999). Can your children drive you to drink?: Stress and parenting in adults interacting with children with ADHD. *Alcohol Research & Health*, 23(4), 292.

Πεχλιβανίδης, Α., Σπυροπούλου, Α., Γαλανόπουλος, Α., Παπαχρήστου, Χ. Α., & Παπαδημητρίου, Γ. Ν. (2012). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) στους ενήλικες. Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις. Στο: *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, τεύχος*, 29(5), 562-576.

Philips, C.B. (2006). Medicine goes school: teachers as sickness brokers for ADHD, *PLoS Medicine*, 3(4), 182

Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6), 942-948.

Ρούσσοσ, Π. Λ., & Τσαούσης, Γ. (2011). Στατιστική στις Επιστήμες της Συμπεριφοράς με τη Χρήση του SPSS, 1η Έκδοση. Αθήνα: Τόπος.

Prevatt, F. (2016). Coaching for college students with ADHD. *Current psychiatry reports*, 18(12), 110.

Rabiner, D. L., Anastopoulos, A. D., Costello, J., Hoyle, R. H., & Swartzwelder, H. S. (2008). Adjustment to college in students with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 689-699.

Reaser, A., Prevatt, F., Petscher, Y., & Proctor, B. (2007). The learning and study strategies of college students with ADHD. *Psychology in the Schools*, 44(6), 627-638.

Reiff, M. I., & Tippins, S. (2004). *ADHD: A complete and authoritative guide*. American Academy of Pediatrics.

Rief, S. F. (2015). *The ADHD book of lists: A practical guide for helping children and teens with attention deficit disorders*. John Wiley & Sons.

Robin, A. L. (1999). *ADHD in adolescents: Diagnosis and treatment*. Guilford Press.

Saline, S. (2018). *What Your ADHD Child Wishes You Knew: Working Together to Empower Kids for Success in School and Life*. Penguin.

Schachar, R. J., Tannock, R., Cunningham, C., & Corkum, P. V. (1997). Behavioral, situational, and temporal effects of treatment of ADHD with methylphenidate. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(6), 754-763.

Schnoes, C., Reid, R., Wagner, M., & Marder, C. (2006). ADHD among students receiving special education services: A national survey. *Exceptional Children*, 72(4), 483-496.

Secnik, K., Swensen, A., & Lage, M. J. (2005). Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*, 23(1), 93-102.

Seidman, L. J. (2006). Neuropsychological functioning in people with ADHD across the lifespan. *Clinical psychology review*, 26(4), 466-485.

Sellander, M., & Wikner, E. (2020). Interventioner för vuxna med ADHD och dess tillämpning till upplevda svårigheter inom arbetslivet: En litteraturöversikt med systematik.

Shelton, T. L., Barkley, R. A., Crosswait, C., Moorehouse, M., Fletcher, K., Barrett, S., ... & Metevia, L. (1998). Psychiatric and psychological morbidity as a function of adaptive disability in preschool children with aggressive and hyperactive-impulsive-inattentive behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(6), 475-494.

Smith, B. J., Tang, K. C., & Nutbeam, D. (2006). WHO health promotion glossary: new terms. *Health promotion international*, 21(4), 340-345.

Solanto, M. V. (1998). Neuropsychopharmacological mechanisms of stimulant drug action in attention-deficit hyperactivity disorder: a review and integration. *Behavioural brain research*, 94(1), 127-152.

Solovieva, Y., & Quintanar, L. (2017). Qualitative Neuropsychological Assessment in Children with Attention Deficit Disorder. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*, 1-14.

Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41(6), 696-702.

Storebø, O. J., Faltinsen, E., Zwi, M., Simonsen, E., & Gluud, C. (2018). The Jury Is Still Out on the Benefits and Harms of Methylphenidate for Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 104(4), 606-609.

Storebø, O. J., Ramstad, E., Krogh, H. B., Nilausen, T. D., Skoog, M., Holmskov, M., ... & Gillies, D. (2015). Methylphenidate for children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).

Sugaya, L., Hasin, D. S., Olfson, M., Lin, K. H., Grant, B. F., & Blanco, C. (2012). Child physical abuse and adult mental health: a national study. *Journal of traumatic stress*, 25(4), 384-392.

Swensen, A. R., Birnbaum, H. G., Secnik, K., Marynchenko, M., Greenberg, P., & Claxton, A. M. I. (2003). Attention-deficit/hyperactivity disorder: increased costs for patients and their families. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42(12), 1415-1423.

- Τάντου, Μ. Π. (2019). Ντροπή κοινωνικό άγχος και κατάθλιψη στην παιδική ηλικία.
- Τερζοπούλου, Θ. (2020). Η συμβολή των νέων τεχνολογιών στην εκπαίδευση των ατόμων με αναπηρία και τη διαμόρφωση της αυτοεικόνας τους. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 8, 1053-1067.
- Teeter, P. A. (2000). *Interventions for ADHD: Treatment in developmental context*. Guilford Press.
- Τζιβινίκου, Σ. (2015). *Μαθησιακές δυσκολίες-διδασκτικές παρεμβάσεις*. Αθήνα:Σύνδεσμος Ελληνικών Ακαδημαϊκών Βιβλιοθηκών
- Thompson, A. L., Molina, B. S., Pelham Jr, W., & Gnagy, E. M. (2007). Risky driving in adolescents and young adults with childhood ADHD. *Journal of pediatric psychology*, 32(7), 745-759.
- Thome, J., & Jacobs, K. A. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European Psychiatry*, 19(5), 303-306.
- Topkin, B., & Roman, N. V. (2015). Attention Deficit Disorder (ADHD): Primary school teachers' knowledge of symptoms, treatment and managing classroom behaviour. *South African Journal of Education*, 35(2), 988-988.
- Τουλουμάκου, Α., & Πανταζή, Α. (2020). Παιδιά σε δομές και υψηλές πιθανότητες διάγνωσης ΔΕΠ-Υ: μύθος ή πραγματικότητα. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 9, 932-943.
- Τσιάντης, Γ., & Αλεξανδρίδης, Α. (2008). *Προσχολική παιδοψυχιατρική. 1 Ανάπτυξη* (Τομ. Α). Αθήνα: Καστανιώτη
- Τσιάντης, Γ., & Μανωλόπουλος, Σ. (1988). *Σύγχρονα θέματα παιδοψυχιατρικής*. Αθήνα: Καστανιώτη.
- Τσιώλης, Γ. (2015). Ανάλυση ποιοτικών δεδομένων: διλήμματα, δυνατότητες, διαδικασίες. Στο Γ. Πυργιωτάκης & Χρ. Θεοφιλίδης (επιμ.) *Ερευνητική Μεθοδολογία στις Κοινωνικές Επιστήμες και στην Εκπαίδευση. Συμβολή στην επιστημολογική θεωρία και την ερευνητική πράξη* (σσ. 473-498). Αθήνα: Πεδίο.
- Young, S. (2005). Coping strategies used by adults with ADHD. *Personality and Individual Differences*, 38(4), 809-816.
- Young, S. J., Adamou, M., Bolea, B., Gudjonsson, G., Müller, U., Pitts, M., ... & Asherson, P. (2011). The identification and management of ADHD offenders within the criminal justice system: a consensus statement from the UK Adult ADHD Network and criminal justice agencies. *BMC psychiatry*, 11(1), 32.

Vreugdenhil, C., Doreleijers, T. A., Vermeiren, R., Wouters, L. F., & Van Den Brink, W. (2004). Psychiatric disorders in a representative sample of incarcerated boys in the Netherlands. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43(1), 97-104

Wender, P. H. (2001). *ADHD: Attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults*. Oxford University Press.

Wender, P. H., Ward, M. F., Reimherr, F. W., & Marchant, B. K. (2000). ADHD in adults. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(5), 543-543.

Weyandt, L. L., & DuPaul, G. J. (2008). ADHD in college students: Developmental findings. *Developmental disabilities research reviews*, 14(4), 311-319.

Wieland, L. S., Manheimer, E., & Berman, B. M. (2011). Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane collaboration. *Alternative therapies in health and medicine*, 17(2), 50.

Wise, R. A. (2002). Brain reward circuitry: insights from unsensed incentives. *Neuron*, 36(2), 229-240.

Wood, K. E., McCarthy, P. J., & Krasowski, M. D. (2018). A case series involving young children presenting with accidental ingestion of amphetamine based stimulants. *Toxicology Reports*, 5, 1129.

World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification Of Mental And Behavioral Disorders: Clinical Description And Diagnostic Guidelines*. Geneva.

Χάιδου, Ε. (2020). Δύο Μελέτες περίπτωσης παιδιών με ΔΕΠΥ: Αντιλήψεις οικογένειας και εκπαιδευτικών για τη συναισθηματική και ηθική ανάπτυξη των παιδιών.

Χατζηγεωργίου, Ε. (2016). Παιδιά με ειδικές ανάγκες και νοσηλευτική φροντίδα.

Zetterström, R. (2002). Behandling av barn med ADHD med centralstimulantia, Oklar långtidseffekt och osäkert farmakologiskt underlag. *Läkartidningen*, 99, 677-680.

Zylowska, L., & Mitchell, J. T. (2020). *Mindfulness for Adult ADHD: A Clinician's Guide*. Guilford Press.