



Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΙΩΑΝΝΙΝΩΝ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΗΣ ΖΑΡΑΪΔΩΝΗ ΝΙΚΟΛΕΤΑΣ

A.M.:19148

ΤΗΣ ΜΠΑΣΙΟΥΚΑ ΧΡΙΣΤΙΝΑΣ

A.M.:19254

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ

ΖΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΒΙΚΤΩΡΙΑ

ΘΕΜΑ: «Διαγνωστικές προσεγγίσεις στη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ). Πιλοτική χορήγηση δύο διαγνωστικών εργαλείων».

“Diagnostic approaches to Attention Deficit Disorder-Hyperactivity (ADHD). Pilot administration of two diagnostic tools”.

ΙΩΑΝΝΙΝΑ ΙΟΥΛΙΟΣ 2022

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Για την εκπόνηση της εργασίας αυτής, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την καθηγήτρια και επιβλέπουσα της εργασίας μας κα. Ζακοπούλου Βικτώρια, Αν. Καθηγήτρια του Τμήματος Λογοθεραπείας στο Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, για την αμέριστη υποστήριξη αλλά και την πολύτιμη βοήθεια της όσον αφορά το υλικό και τις γνώσεις που μας παρείχε καθ' όλη την διάρκεια της διαγνωστικής έρευνας που κληθήκαμε να αναλάβουμε.

Με το πέρας της παρούσας πτυχιακής εργασίας, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους συνέβαλαν είτε πρακτικά, είτε συναισθηματικά στην εκπόνηση και ολοκλήρωσή της. Αρχικά, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε θερμά την οικογένεια μας για το υποστηρικτικό και ενθαρρυντικό περιβάλλον που μας παρείχαν καθώς και τους εκπαιδευτικούς και τους γονείς των παιδιών που συμμετείχαν στην έρευνα μας, για την άμεση ανταπόκριση τους στην συμπλήρωση των ερωτηματολογίων, των δύο διαγνωστικών εργαλείων (Achenbach, Καλαντζή Αζίζι) που τους δόθηκαν.

Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε το Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων για την έγκριση όλων των διαδικασιών που ήταν απαραίτητες για την ολοκλήρωσης της πτυχιακής μας εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), αποτελεί την πλέον πιο συχνή νευροαναπτυξιακή διαταραχή τόσο στην παιδική όσο και στην ενήλικη ζωή. Για τον λόγο αυτό η έγκαιρη διάγνωση της κρίνεται απαραίτητη ήδη από τα πρώτα χρόνια ζωής του ατόμου. Σημαντικό ρόλο στην διαδικασία αυτή αποτελεί τόσο η παρατήρηση της συμπεριφοράς του ατόμου από τους γονείς όσο και η αναγνώριση των συμπτωμάτων από τους εκπαιδευτικούς οι οποίοι καλούνται να παραπέμψουν τα παιδιά προς αξιολόγηση και ανίχνευση της διαταραχής από τους ειδικούς. Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τον Μάιο του 2022 με μεθοδολογικά εργαλεία, τα ερωτηματολόγια των κλιμάκων αξιολόγησης Achenbach και Καλαντζή-Αζίζι που χορηγήθηκαν σε 22 παιδιά, σε σχολείο στην πόλη των Ιωαννίνων.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προκύπτει ότι υπάρχει απόκλιση στον τρόπο σκιαγράφησης της συμπεριφοράς των παιδιών ανάμεσα σε γονείς και εκπαιδευτικούς, αφού όπως φάνηκε στην αξιολόγηση των γονέων δεν εντοπίστηκαν κλινικά ευρήματα, ενώ αντίθετα οι εκπαιδευτικοί επισήμαναν συμπεριφορές παιδιών σε κλινικά οριακό και κλινικό φάσμα.

Λέξεις κλειδιά: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), εκπαιδευτικοί, γονείς, αξιολόγηση, συμπεριφορά.

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is the most common neurodevelopmental disorder in both childhood and adulthood. For this reason, its early diagnosis is considered necessary from the first years of the person's life. The most important role in this process is both the observation of the individual's behavior by the parents and the recognition of the symptoms by the teachers who are called upon to refer the children for evaluation and detection of the disorder by the certificated therapists. The present research was carried out in May 2022 with methodological tools, the questionnaires of the Achenbach and Kalantzi-Azizi assessment scales administered to 22 children, in a school in the city of Ioannina.

From the analysis of the results, it appears that there is a discrepancy in the way children's behavior is outlined between parents and teachers, since as it was seen in the evaluation of the parents, no clinical findings were identified, while on the contrary, the teachers pointed out children's behaviors in the clinically borderline and clinical spectrum.

Keywords: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

(ADHD), teachers, parents, evaluation, behavior.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
Abstract	5
Εισαγωγή.....	8
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ.....	9
1. Η Νευροαναπτυξιακή Διαταραχή της ΔΕΠ-Υ	10
1.2 Εννοιολογικές Προσεγγίσεις	10
1.2.1 Ορισμός ΔΕΠ-Υ	10
1.2.2 Ιστορική Αναδρομή	12
1.2.3 Αιτιολογία ΔΕΠ-Υ	14
1.2.4. Τύποι.....	15
1.3 Ταξινόμηση νευροαναπτυξιακών διαταραχών σύμφωνα με DSM-5.....	16
1.4 Η διαταραχή της ΔΕΠ-Υ	25
1.4.1 Διαγνωστικά Κριτήρια.....	25
1.4.2 Κλινικά Χαρακτηριστικά.....	29
1.4.3 Διαφοροδιάγνωση.....	39
1.4.4.Συννοσηρότητα.....	44
2. Εργαλεία Διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ	50
2.1 Διεθνή Εργαλεία Διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ.....	50
2.2. Ελληνικά εργαλεία διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ	53
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ	55
3. Μεθοδολογία έρευνας.....	56
3.1 Σκοπός της έρευνας.....	56
4. Παρουσίαση δύο διαγνωστικών εργαλείων της ΔΕΠ-Υ	57
4.2 Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ-IV	62
5.Αποτελέσματα.....	66
6.Συζήτηση.....	81

Βιβλιογραφία85

Εισαγωγή

Η υπερκινητικότητα, η παρορμητική συμπεριφορά, καθώς και η διάσπαση προσοχής αποτελούν βασικούς πυλώνες για την εμφάνιση της Διαταραχής της Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας κατά την διάρκεια της πρώιμης παιδικής ηλικίας. Πιο συγκεκριμένα, ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ σε αυτή την ηλικία εμφανίζει συμπεριφορές μη φυσιολογικές συγκριτικά με τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά, αφού εκδηλώνει δυσκολίες στις απαιτήσεις που καλείται να ανταπεξέλθει στους διάφορους τομείς της καθημερινής και ακαδημαϊκής του ζωής. Οι δυσκολίες αυτές αφορούν την αδυναμία του παιδιού να προσαρμοστεί στο σχολικό περιβάλλον, διότι δεν μπορεί να υπακούσει σε κανόνες και συμπεριφορές που απαιτούνται από τους εκπαιδευτικούς εντός της τάξης. Ως προς την κοινωνικοποίηση και συναναστροφή με τους συνομηλίκους του, συναντά αποστροφή και μη αποδοχή, εξαιτίας των ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζει και που το καθιστούν διαφορετικό από τους υπόλοιπους. Απόρροια αυτών είναι οι επιπτώσεις και σε συναισθηματικό επίπεδο, όπου το παιδί νιώθει κατώτερο των υπολοίπων, με αποτέλεσμα την χαμηλή αυτοεκτίμηση, την κοινωνική του απομόνωση, την εσωστρέφεια και πολλές φορές την επιθετική συμπεριφορά. Για αυτό τον λόγο διαπιστώνουμε ότι όσο πιο γρήγορα πραγματοποιηθεί η ανίχνευση της διαταραχής, τόσο πιο αποτελεσματική θα είναι η αντιμετώπιση της. Αναπόσπαστο κομμάτι μιας επιτυχημένης θεραπευτικής παρέμβασης αποτελεί η άρρητη συνεργασία ανάμεσα σε γονείς, ειδικούς και εκπαιδευτικούς.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δύο μέρη το θεωρητικό και το ερευνητικό . Το πρώτο μέρος, περιλαμβάνει τον ορισμό της διαταραχής, το πώς αυτή ανακαλύφθηκε, την κλινική εικόνα της, την συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές, καθώς και τα ελληνικά και διεθνή εργαλεία διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ. Στο δεύτερο μέρος, αναλύονται τα χαρακτηριστικά της κλίμακας αξιολόγησης Καλαντζή-Αζίζι και το ερωτηματολόγιο του Achenbach(Σύστημα ΣΑΕΒΑ). Τέλος, διεξάγεται διαγνωστική έρευνα, της οποίας τα αποτελέσματα και ευρήματα επισημαίνονται στο τελευταίο κεφάλαιο.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

1. Η Νευροαναπτυξιακή Διαταραχή της ΔΕΠ-Υ

1.2 Εννοιολογικές Προσεγγίσεις

1.2.1 Ορισμός ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ, δηλαδή Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα, είναι μια νευροαναπτυξιακή, ψυχική διαταραχή γενετικής βάσης, που οφείλεται σε συνδυασμό παραγόντων, περιβαλλοντικών και κοινωνικών και αφορά παιδιά σχολικής και προσχολικής ηλικίας. Με τον όρο νευροαναπτυξιακή διαταραχή αναφερόμαστε σε ένα σύνολο συνθηκών, οι οποίες φαίνεται να εκδηλώνονται κυρίως στην αναπτυξιακή χρονική περίοδο ενός ατόμου.

Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές εκδηλώνονται στην αρχή της ανάπτυξης του ατόμου, συχνά πριν το παιδί ξεκινήσει να φοιτά στο δημοτικό σχολείο και σχετίζονται με διαταραχές ανάπτυξης στο νευρικό σύστημα. Οι διαταραχές αυτές χαρακτηρίζονται από αναπτυξιακά ελλείμματα, τα οποία προκαλούν δυσκολίες στις απαιτήσεις της καθημερινότητας και στέκονται εμπόδιο τις περισσότερες φορές στην προσωπική, κοινωνική, ακαδημαϊκή ή και μετέπειτα επαγγελματική λειτουργία.

Το φάσμα των αναπτυξιακών ελλειμμάτων ποικίλλει και διαφοροποιείται ανάλογα με το είδος των καταστάσεων που προκύπτουν από πολύ συγκεκριμένους περιορισμούς της μάθησης ή του ελέγχου των εκτελεστικών λειτουργιών, σε καθολική βλάβη των κοινωνικών ή νοητικών δεξιοτήτων (American Psychiatric Association, 2013).

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας είναι γνωστή με τον όρο AttentionDeficitHyperactivityDisorder(ADHD), που πρωτοεμφανίστηκε στην Αμερική όπου είναι γνωστός παγκοσμίως μέχρι και σήμερα . Εκδηλώνεται σε ηλικία των 7 ετών και είναι εύκολο να διαγνωστεί στην αρχή της σχολικής ηλικίας από τους εκπαιδευτικούς, μέσω της επίδοσης των παιδιών στις σχολικές υποχρεώσεις, καθώς και από την γενική συμπεριφορά τους (Campbell ; Halperin ;SonugaBarke 2015).

Τα συμπτώματα που συνοδεύουν αυτή την διαταραχή, σύμφωνα με το DSM-IV είναι κυρίως υπερκινητικότητα/υπερδραστηριότητα, παρορμητικότητα,

δυσκολία διατήρησης της προσοχής-συγκέντρωσης, καθώς και δυσκολία οργάνωσης, που δεν συνάδουν με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού (Barkley 2006; Κολιάδης 2010).

Τα συμπτώματα της εμμένουν μέχρι και την εφηβεία, ενώ σε μερικές περιπτώσεις είναι φανερά και στην ενήλικη ζωή (Κουμούλα 2012; Taylor 1999). Αφορά το 4-10% του γενικού πληθυσμού, ενώ παρουσιάζει συννοσηρότητα με ειδικές μαθησιακές δυσκολίες και διαταραχές συμπεριφοράς (Steiner 2011). Ειδικότερα, όσον αφορά τα συμπτώματα της διαταραχής αυτής ως προς την υπερκινητικότητα παρατηρείται έντονη κίνηση καθ' όλη την διάρκεια της ημέρας, εφόσον το άτομο τρέχει ασταμάτητα και δεν μπορεί να παραμείνει στάσιμο στην ίδια θέση για παραπάνω από μερικά δευτερόλεπτα.

Ως προς την παρορμητικότητα, που το χαρακτηρίζει, δεν αναγνωρίζει πότε είναι η σειρά του να μιλήσει και πότε όχι, συνεπώς διακόπτει συνέχεια και έτσι δεν μπορεί να συμμετέχει σε μια συζήτηση με τους συνομηλίκους του, ενώ το ίδιο συμβαίνει και κατά την διάρκεια του παιχνιδιού, καθιστώντας το ιδιαίτερα δύσκολο. Τέλος, ως προς την διατήρηση της συγκέντρωσης και της προσοχής του, εκδηλώνει εύκολη διάσπαση προσοχής, για παράδειγμα εάν διακόψει κάποια δραστηριότητα που έχει ξεκινήσει τότε δεν μπορεί να την ξανά ξεκινήσει από την αρχή, έτσι αφήνει δουλειές και υποχρεώσεις του ανολοκλήρωτες, ενώ δείχνει να μην κρατάει το ενδιαφέρον του για οποιαδήποτε δραστηριότητα για πάνω από μερικά μόνο λεπτά.

1.2.2 Ιστορική Αναδρομή

Από την αρχαιότητα άρχισαν να γίνονται αναφορές και προσεγγίσεις σε ορισμούς και κριτήρια που προϋδέαζαν την σημερινή γνωστή διαταραχή της ΔΕΠ-Υ. Ο Γαληνός συγκεκριμένα, για τα παιδιά που θεωρούνταν υπερκινητικά πρότεινε ως θεραπευτική λύση το «όπιο» (Goodman; Gilman, 1975), ενώ ο Σαίξπηρ αναφέρθηκε σε ένα από τα έργα του σε μια διαταραχή, η οποία σχετίζεται με την διάσπαση της προσοχής (Barkley, 1996). Το 1798 ένας Σκωτσέζος γιατρός, ο Alexander Chrichton, αναφέρθηκε πρώτος σε μια διαταραχή, που τα χαρακτηριστικά της παρομοιάζουν αυτά της ΔΕΠ-Υ, εκδίδοντας μια σειρά από τρία βιβλία με θέμα «τη φύση και τις ρίζες της ψυχικής διαταραχής» (Palmer; Finger, 2001). Τα συμπτώματα που παρουσιάζονται σε αυτά τα βιβλία ταυτίζονται με αυτά που συναντάμε σήμερα στην ΔΕΠ-Υ όσον αφορά την διατήρηση της προσοχής (Lange et al., 2010). Η αρχή παρόλα αυτά έγινε το 1902, από τον George Still, παιδίατρο από την Βρετανία, ο οποίος εργάστηκε με μια ομάδα 43 παιδιών που παρουσίαζαν τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ, βασιζόμενος πλέον σε επιστημονικά τεκμήρια, για το τι ακριβώς είναι αυτή η διαταραχή. Ωστόσο, ο Tredgold λίγα χρόνια αργότερα, το 1908, ανέπτυξε την «θεωρία της εγκεφαλικής βλάβης», κάνοντας τους ειδικούς να αναζητούν τώρα την συνολική συμπεριφορά και συμπτώματα του ατόμου με αυτή την διαταραχή παρά το που οφείλεται (Barkley, 2006a). Βασιζόμενοι λοιπόν σε αυτή την θεωρία, το 1968, στο DSM-II χρησιμοποιείται ο όρος «Υπερκινητική Αντίδραση στην Παιδική Ηλικία» αντί για τον μέχρι τότε όρο «ελάχιστη εγκεφαλική λειτουργία». Το κέντρο όμως των ερευνών και μελετών διαφοροποιήθηκε έπειτα από την έρευνα των Virginia Douglas (1972, 1980), όπου επικεντρώθηκαν στην έλλειψη προσοχής ως το βασικό σύμπτωμα αυτής της διαταραχής και όχι στην υπερκινητικότητα. Έτσι, κατέληξε να αλλάξει για ακόμη μια φορά ονομασία σε «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα» στο DSM-III το 1980 σύμφωνα με την Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση (Κάκουρος; Μανιαδάκη, 2012). Η τελική ονομασία της ΔΕΠ-Υ δόθηκε στην τέταρτη έκδοση του DSM, ενώ το 2013, στην πέμπτη

έκδοση, ορίστηκαν καινούρια διαγνωστικά κριτήρια (American Psychiatric Association, 1994).

1.2.3 Αιτιολογία ΔΕΠ-Υ

Όπως ήδη έχουμε αναφέρει η διαταραχή της ΔΕΠ-Υ οφείλεται σε συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών κυρίως παραγόντων. Όσον αφορά τους γενετικούς παράγοντες σύμφωνα με τον Faraone και τους συνεργάτες του (2005) έπειτα από μελέτες που διεξήγαν ανάμεσα σε 20 δίδυμα διαπιστώθηκε ότι ο βαθμός κληρονομικότητας κυμαίνεται περίπου στο 76%, οπότε είναι φανερό ότι σαν διαταραχή κατατάσσεται σε αυτές με υψηλό ποσοστό κληρονομικότητας. Σχετικά με τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, έχουν ειπωθεί πολλά πιθανά αίτια που είναι υπεύθυνα για την εμφάνιση της. Αρχικά, κατά την διάρκεια της κύησης σε περίπτωση που η μητέρα καπνίζει ή καταναλώνει μεγάλες ποσότητες αλκοόλ και άλλων ουσιών, επιδεινώνουν την κατάσταση και είναι πιο εύκολο να εμφανίσουν τα παιδιά τους συμπτώματα ΔΕΠ-Υ, όπως διάσπαση προσοχής ή υπερκινητικότητα (Linnet et al. 2003). Επίσης, πολύ σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η ψυχοσυναισθηματική κατάσταση της μητέρας κατά την κύηση, για παράδειγμα το άγχος (Connoet et al., 2003) ή η κατάθλιψη (Pressman et al., 2006) αποτελούν επιβαρυντικούς παράγοντες. Συμπερασματικά, διαπιστώνουμε γιατί υπάρχει αυτή η ετερογένεια στη ΔΕΠ-Υ, ενώ πρέπει να επισημανθεί σε αυτό το σημείο ότι οι γενετικοί παράγοντες δεν επηρεάζουν σε τέτοιο βαθμό το άτομο, ούτε μπορούμε λοιπόν να αποδώσουμε σε αυτούς την ύπαρξη των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, χωρίς όμως να σημαίνει αυτό ότι τους αγνοούμε (Κάκουρος; Μανιαδάκη 2012). Γενικά θα πρέπει να παρατηρείται η πορεία του παιδιού και η συμπεριφορά του μέσα σε όλα τα πλαίσια είτε σχολικά είτε οικογενειακά.

1.2.4. Τύποι

Η ΔΕΠ-Υ διακρίνεται σε τρεις τύπους τον απρόσεκτο, τον υπερκινητικό και τον συνδυασμένο. Στον απρόσεκτο τύπο, το πρόβλημα εστιάζεται στην προσοχή (Sandberg 1996). Πιο αναλυτικά, όταν έχουμε προβλήματα ως προς την προσοχή αυτό σημαίνει ότι το παιδί δεν μπορεί να λειτουργήσει σύμφωνα με τους κανόνες, δεν ακούει ότι του λένε, δεν ολοκληρώνει τις υποχρεώσεις του, δεν μπορεί να καταλάβει αυτά που του λένε και να τα εκτελέσει, ξεχνά εύκολα, δεν μπορεί να οργανώσει τα πράγματα του, δεν γίνεται αποδεκτό από τους συνομηλικούς τους και έτσι μένει απομονωμένο στο περιθώριο. Σε αυτόν τον τύπο εμφανίζονται για τουλάχιστον 6 μήνες 6 ή περισσότερα συμπτώματα της διάσπασης προσοχής και λιγότερα από 6 συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας (Καραμπέλα; Κυριαζή; Σαλαμπάνη; Σιώκη 2016). Στον υπερκινητικό τύπο, το παιδί δεν μπορεί να κάτσει σε μια συγκεκριμένη θέση και διαρκώς τρέχει και κινείται στον χώρο (Ζαφειροπούλου 2004). Δείχνει λοιπόν, εξαιτίας της παρορμητικότητας του να είναι ευέξαπτο, παρουσιάζει έντονο αυθορμητισμό, ανυπομονησία, είναι βιαστικό και επιθετικό, ενώ κατά την διάρκεια μιας συζήτησης διακόπτει συνέχεια, δεν αφήνει τον συνομιλητή να ολοκληρώσει και παρερμηνεύει όσα ακούει. Σε αυτόν τον τύπο εμφανίζονται για τουλάχιστον 6 μήνες 6 ή περισσότερα συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας και λιγότερα από 6 συμπτώματα διάσπασης προσοχής (Atikson 1997), (Καραμπέλαet.al. 2016). Τέλος, ο συνδυασμένος τύπος περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά των δύο προαναφερθέντων τύπων σε συνδυασμό. Σε αυτόν τον τύπο εμφανίζονται για τουλάχιστον 6 μήνες 6 ή περισσότερα συμπτώματα διάσπασης προσοχής και 6 ή περισσότερα συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας(Καραμπέλαet.al. 2016).

1.3 Ταξινόμηση νευροαναπτυξιακών διαταραχών σύμφωνα με DSM-5

Το DSM είναι ένα σύστημα ταξινόμησης των ψυχικών διαταραχών, το οποίο έχει στηριχτεί και δημιουργηθεί σύμφωνα με συγκεκριμένα κλινικά χαρακτηριστικά, ώστε να διευκολυνθεί η διάγνωση τους. Τα τελευταία 60 χρόνια έχουν υπάρξει πολλές εκδόσεις, ενώ αποτελεί σημαντικό εργαλείο για τους επαγγελματίες, κλινικούς γιατρούς και φοιτητές, για την οργάνωση των πληροφοριών που παρέχονται για κάθε διαταραχή. Ψυχίατροι, ψυχολόγοι, βιολόγοι, εργοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, κοινωνικοί λειτουργοί είναι κάποιες από τις ειδικότητες που μπορούν να βρουν χρήσιμο και να αξιοποιήσουν το DSM.

Το DSM-5 είναι η τελευταία έκδοση, η οποία περιλαμβάνει τα πιο πρόσφατα χαρακτηριστικά των διαταραχών αυτών, ενώ αλλάζει και η περίοδος έναρξης των συμπτωμάτων. Το DSM-5 σχεδιάστηκε σύμφωνα με το αρχικό ICD του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας.

Στο DSM-5 οι κωδικοί ICD-9-CM και ICD-10-CM (που ισχύει από τον Οκτώβρη του 2014) ταξινομούν όλες τις διαταραχές. Εξαιτίας του ότι πολλές διαταραχές παρουσιάζουν συννοσηρότητα, έπρεπε να σχεδιαστεί ένα πιο εξελιγμένο και αναλυτικό μοντέλο, το οποίο κυκλοφόρησε το 2015 και είχε τον κωδικό ICD-11 βελτιώνοντας τις έως τότε πληροφορίες (American Psychiatric Association, 2013). Συγκεκριμένα, όσον αφορά την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας σύμφωνα με τα όσα ορίζει το DSM-5, η οποία πλέον θεωρείται Νευροαναπτυξιακή διαταραχή, τα βασικά κριτήρια είναι διάσπαση προσοχής, παρορμητικότητα και υπερκινητικότητα. Τα περισσότερα από αυτά τα χαρακτηριστικά εμφανίζονται πριν την ηλικία των 7 ετών, για να θεωρηθεί ότι έχουν αυτή την διαταραχή, ενώ θα πρέπει να συνυπάρχουν τουλάχιστον 2 από τα προαναφερθέντα χαρακτηριστικά. Επίσης, για να θεωρηθεί ότι ένα παιδί έχει διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ θα πρέπει να υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι αυτά τα συμπτώματα έχουν επηρεάσει το παιδί ως προς την τυπική του ανάπτυξη, ως προς το ακαδημαϊκό πλαίσιο και την γενικότερη συμπεριφορά του στο ευρύτερο περιβάλλον στο οποίο ζει και μεγαλώνει. Θα πρέπει να διασφαλιστεί ότι δεν μιλάμε για κάποια άλλη ψυχική διαταραχή,

όπως για παράδειγμα Αγχώδη Διαταραχή ή Διαταραχή Προσωπικότητας, με τις οποίες οι ΔΕΠ-Υ εμφανίζει συννοσηρότητα.

Κωδικοί ταξινόμησης των διαταραχών:

Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές (31)

- Νοητικές αναπηρίες (33)
- 3.19 Διανοητική Αναπηρία (Νοητική Αναπτυξιακή Διαταραχή) (33)
- F88 Καθυστέρηση Παγκόσμιας Ανάπτυξης
- F79 Απροσδιόριστη Διανοητική Αναπηρία
- Αναπτυξιακές Διαταραχές (41)
- Διαταραχές Επικοινωνίας (41)
- F80.9 Γλωσσική Διαταραχή (42)
- F80.0 Διαταραχή ήχου ομιλίας (44)
- F80.81 Διαταραχή Ευχέρειας Έναρξης Παιδικής Ηλικίας (Τραυλισμού) (45)
- F80.89 Διαταραχή κοινωνικής (ρεαλιστικής) επικοινωνίας (47)
- F80.9 Μη καθορισμένη Διαταραχή Επικοινωνίας (49)

Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (50)

- F84.0 Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (50)
- Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (59)
- 314.01 (F90.2) Συνδυασμένη παρουσίαση
- 314.00 (F90.0) Κυρίως απρόσεκτη παρουσίαση
- 314.01 (F90.1) Κυρίως υπερκινητική/ παρορμητική
- Ειδική Μαθησιακή Διαταραχή (66)
- 315.00 (F81.0) Δυσλειτουργία στην ανάγνωση
- 315.2 (F81.81) Δυσλειτουργία στην γραπτή έκφραση
- 315.(F81.2) Δυσλειτουργία στα μαθηματικά
- Κινητικές Διαταραχές (74)
- 315.4 (F8.2) Αναπτυξιακή Διαταραχή Συντονισμού (74)
- 307.3 (F98.4) Στερεοτυπική Κινητική Διαταραχή (77)

Διαταραχές Τικ

- 307.23 (F95.2) Διαταραχή Τουρέτ (81)
- 307.22 (F95.1) Επίμονη (Χρόνια) Κινητική/ Φωνητική Διαταραχή Τικ (81)
- 307.21 (F95.0) Προσωρινή Διαταραχή Τικ (81)
- 307.20 (F95.8) Άλλη καθορισμένη Διαταραχή Τικ (85)
- 307.20 (F95.9) Διαταραχή Τικ Προκαθορισμένη με ουροποιία (85)

Άλλες Νευροαναπτυξιακές Διαταραχές (86)

- 315.8 (F5B) Άλλη καθορισμένη Νευροαναπτυξιακή Διαταραχή (86)
- 315.9 (F8.9) Μη καθορισμένη Νευροαναπτυξιακή Διαταραχή (86)

Νευρογνωστικές Διαταραχές (59)

- 292.81 Παραλήρημα προκαλείται από φάρμακα
- 293.0 (F05) Παραλήρημα λόγω άλλης ιατρικής πάθησης
- 293.0 (F05) Παραλήρημα λόγω πολλαπλών αιτιών
- 780.09 (R41.0) Άλλο καθορισμένο παραλήρημα (60)
- 780.09 (R41.0) Μη καθορισμένο παραλήρημα (602)

Μείζονες και ήπιες νευρογνωστικές διαταραχές (602)

- 331.0 (G30.9) Νόσος Alzheimer
- 294.11 (F02.81) Με Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 294.10 (F02.80) Χωρίς Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 331.9 (G31.9) Πιθανή Μείζονα Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω Alzheimer
- 331.19 (G31.09) Μετωποκροταφική Νόσος
- 294.11 (F02.81) Με Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 294.10 (F02.80) Χωρίς Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 331.9 (G31.9) Πιθανή Μείζονα Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω Μετωποκροταφικής Νόσου
- 331.83 (G31.84) Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω Μετωποκροταφικής Νόσου

- 331.82 (G31.83) Νόσος Σώματος Lewy
- 294.11(F02.81) Με διαταραχή Συμπεριφοράς
- 294.20 (F02.80) Χωρίς Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 331.9 (G31.9) Πιθανή Μείζονα Νευρογνωστική Διαταραχή με Σώματα Lewy
Μείζονα ή Ήπια Αγγειακή Νευρογνωστική Διαταραχή (621)
- 290.40(F01.51) Με Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 290.40(F01.50) Χωρίς Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 331.9 (G31.9) Πιθανή Μείζονα Αγγειακή Νευρογνωστική Διαταραχή
- 331.83 (G31.84) Ήπια Μείζονα Αγγειακή Νευρογνωστική Διαταραχή

Μείζονα ή Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω Τραύματος Εγκεφάλου (624)

- 294.11(F02.81) Με Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 294.10(F02.80) Χωρία Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 331.83(G31.84) Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω Τραύματος Εγκεφάλου

Μείζονα ή Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω μόλυνσης από HIV(632)

- 294.11(F02.81) Με Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 294.10(F02.80) Χωρία Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 331.83(G31.84) Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω μόλυνσης από HIV

Μείζονα ή Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω ασθένειας Prion (634)

- 294.11(F02.81) Με Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 294.10(F02.80) Χωρία Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 331.83(G31.84) Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω ασθένειας Prion

Μείζονα ή Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω Νόσου Parkinson (636)

- 294.11(F02.81) Με Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 294.10(F02.80) Χωρία Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 331.9 (G31.9) Πιθανή Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω Νόσου Parkinson
- 331.83(G31.84) Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω Νόσου Parkinson

Μείζονα ή Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω Νόσου Huntington(638)

- 294.11(F02.81) Με Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 294.10(F02.80) Χωρία Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 331.83(G31.84) Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω Νόσου Huntington

Μείζονα ή Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω άλλης ιατρικής πάθησης (641)

- 294.11(F02.81) Με Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 294.10(F02.80) Χωρία Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 331.83(G31.84) Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω άλλης ιατρικής πάθησης

Μείζονα ή Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω πολλαπλών αιτιολογιών (642)

- 294.11(F02.81) Με Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 294.10(F02.80) Χωρία Διαταραχή Συμπεριφοράς
- 331.83(G31.84) Ήπια Νευρογνωστική Διαταραχή λόγω πολλαπλών αιτιολογιών

Μη Καθορισμένη Νευρογνωστική Διαταραχή(643)

799.59 (R41.9) Μη καθορισμένη Νευρογνωστική Διαταραχή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα ορίζεται σύμφωνα με το DSM-5 ως διαταραχή που χαρακτηριστικό της είναι οι δυσλειτουργίες και τα ελλείμματα στην προσοχή, έντονη υπερδραστηριότητα και υπερκινητικότητα, ενώ για την διάγνωση απαιτείται η σύγκριση με συνομηλίκους τυπικής ανάπτυξης. Κωδικοί που δίνονται για την ταξινόμηση της είναι:

- 314.01 (F90.2) Συνδυασμένη διαταραχή : Εάν πληρείται και το κριτήριο A1 (απροσεξία) και το κριτήριο A2 (υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα) τους τελευταίους 6 μήνες.
- 314.00 (F90.0) Κατά κύριο λόγο απρόσεκτη διαταραχή : Εάν πληρείται το κριτήριο A1 (απώλεια προσοχής)
- Δεν πληρείται κριτήριο A2 (υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα) τους τελευταίους 6 μήνες.
- 314.01 (F90.1) Κατά κύριο λόγο υπερκινητική/παρορμητική διαταραχή : Εάν το κριτήριο A2 (υπερκινητικότητα -παρορμητικότητα) πληρείται και το κριτήριο A1 (απώλεια προσοχής) δεν πληρείται για τους τελευταίους 6 μήνες.

Επίσης η ταξινόμηση με βάση τον βαθμό σοβαρότητας της διαταραχής:

- Σε μερική ύφεση: Όταν πληρούνταν προηγουμένως πλήρη κριτήρια που έχουν συναντηθεί τους τελευταίους 6 μήνες και τα συμπτώματα εξακολουθούν να οδηγούν σε εξασθένηση κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική.
- Ήπια: εάν υπάρχουν, συμπτώματα και είναι περισσότερα από αυτά που απαιτούνται για τη διάγνωση υπάρχουν και τα συμπτώματα που οδηγούν σε μικρές βλάβες στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργία.
- Μέτρια: Υπάρχουν συμπτώματα ή λειτουργική εξασθένηση μεταξύ «ήπιας» και «σοβαρής».
- Σοβαρά: Πολλά συμπτώματα που υπερβαίνουν αυτά που απαιτούνται για την διάγνωση, ή αρκετά συμπτώματα που είναι ιδιαίτερα σοβαρά, υπάρχουν ή τα

συμπτώματα έχουν ως αποτέλεσμα αναπηρία στην κοινωνική ή επαγγελματική λειτουργικότητα.

1.4 Η διαταραχή της ΔΕΠ-Υ

1.4.1 Διαγνωστικά Κριτήρια

Η ΔΕΠ-Υ είναι μια από τις πιο συχνές διαταραχές συμπεριφοράς και η συχνότερη νευροαναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας. Τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ (Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα), είναι εξαιρετικά υποκειμενικά. Παραδείγματος χάριν πώς μπορεί κάποιος να ισχυριστεί ότι ένα παιδί βρίσκεται σε κίνηση συχνότερα από το φυσιολογικό; Πώς μπορεί κάποιος να προσδιορίσει ότι ένα παιδί αποφεύγει να ολοκληρώσει την σχολική εργασία ή αδιαφορεί για την μελέτη στο σπίτι λόγω ελλειμματικής προσοχής και όχι εξαιτίας πολλών άλλων πιθανών αιτιών; (Wilens;Biederman; Spencer, 2002). Εξάλλου, ένα παιδί που δεν λαμβάνει την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ από έναν ειδικό σήμερα μπορεί να διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ από κάποιον άλλον αύριο μιας και οι ενδείξεις της διαταραχής δεν είναι τόσο ξεκάθαρες. Δεδομένου λοιπόν ότι δεν υπάρχει κάποιο έγκυρο, ανεξάρτητο τεστ για την διάγνωση της διαταραχής, οι παραπομπές των εκπαιδευτικών και οι περιγραφές των γονέων για την συμπεριφορά του παιδιού παίζουν σημαντικό ρόλο στο αν τελικά το παιδί θα λάβει ή όχι την διάγνωση της διαταραχής (AmericanPsychiatricAssociation, 2000). Ωστόσο, σύμφωνα με το Διαγνωστικό και Στατιστικό Εγχειρίδιο των Ψυχικών Νόσων της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρίας DSM-IV, για την διάγνωση της ΔΕΠ-Υ, απαιτείται η παρουσία τουλάχιστον έξι ή και περισσότερων από τα παρακάτω συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας τους τελευταίους 6 μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και μη αναμενόμενο από το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Τα συμπτώματα αυτά πρέπει να εμφανιστούν πριν από την ηλικία των 7 ετών (Zentall, 2006).

Πιο συγκεκριμένα τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ διακρίνονται ως εξής:

A. Είτε το [1] είτε το [2]:

1. Έξι (6) ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα διάσπασης προσοχής επιμένουν για τουλάχιστον έξι (6) μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή με το αναπτυξιακό επίπεδο:

Απροσεξία:

α) αποτυγχάνει να προσέξει τις λεπτομέρειες σε μια εργασία ή δραστηριότητα και κάνει λάθη απροσεξίας στην μελέτη.

β) συχνά δυσκολεύεται να απομονώσει την προσοχή του σε δραστηριότητες παιχνιδιού.

γ) πολλές φορές ακούσια δείχνει σαν να μην ακούει όταν του μιλούν .

δ) δεν ακολουθεί το σύνολο των οδηγιών σε εντολές που του έχουν δοθεί και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει την σχολική μελέτη, δουλειές ή καθήκοντα στον χώρο εργασίας (όχι λόγω εναντιωματικής συμπεριφοράς ή αποτυχίας κατανόησης οδηγιών).

ε) δυσκολεύεται να οργανώσει το πρόγραμμα του και να ακολουθήσει δραστηριότητες.

στ) αποφεύγει, απεχθάνεται ή είναι απρόθυμο να εμπλακεί σε δραστηριότητες που απαιτούν παρατεταμένη πνευματική προσπάθεια (όπως η εργασία στο σχολείο ή η μελέτη στο σπίτι).

ζ) συχνά χάνει τα πράγματα του. (π.χ., παιχνίδια, σχολικές εργασίες, μολύβια, βιβλία ή εργαλεία..)

η) διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα.

θ) συχνά είναι απρόσεκτο σε καθημερινές δραστηριότητες.

Έξι (6) ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που επιμένουν για τουλάχιστον έξι (6) μήνες σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή με το αναπτυξιακό επίπεδο:

Υπερκινητικότητα:

α) κουνά νευρικά τα χέρια ή τα πόδια του ή στριφογυρίζει στην θέση του.

β) συχνά σηκώνεται από την θέση του στην τάξη χωρίς να ζητήσει άδεια ή σε άλλες περιστάσεις που επιβάλλεται να παραμείνει καθιστό όπως μια επίσκεψη στην εκκλησία συνεχίζει να μετακινείται από την θέση του.

γ) τρέχει ή σκαρφαλώνει με τέτοιο τρόπο που είναι επικίνδυνος και μη αναμενόμενος

σε περιστάσεις που τέτοιες συμπεριφορές δεν ταιριάζουν (στους έφηβους ή τους ενήλικες αυτή η συμπεριφορά εκφράζεται με αισθήματα ανησυχίας).

δ) δυσκολεύεται να παίξει ή να εμπλακεί σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου χωρίς να δημιουργήσει πρόβλημα.

ε) συχνά βρίσκεται σε συνεχή κίνηση ή μοιάζει να «κινείται σαν μηχανάκι».

στ) ανεξήγητη υπερβολική ομιλία.

Παρορμητικότητα:

ζ) συχνά σε συνθήκες διαλόγου η ερωτήσεων απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση και χωρίς να σκεφτεί την απάντηση του.

η) δυσκολεύεται να περιμένει την σειρά του με αποτέλεσμα να εμπλέκεται σε μια συζήτηση χωρίς να υπακούει σε κανόνες.

θ) διακόπτει ή ενοχλεί τους συνομιλητές του πριν ολοκληρώσουν αυτό που θέλουν να πουν.

Β. Ορισμένα από τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας ή της απροσεξίας που προκαλούν την διαταραχή μπορεί να ήταν παρόντα πριν την ηλικία των επτά (7) ετών.

Γ. Η έκπτωση των εκτελεστικών λειτουργιών που οφείλεται στα συμπτώματα είναι παρούσα σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (π.χ., στο σχολείο και στο σπίτι, στην εργασία, σε δραστηριότητες ή και σε άλλες κοινωνικές περιστάσεις).

Δ. Πρέπει να υπάρχουν σαφείς ενδείξεις κλινικά σημαντικής έκπτωσης στην κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργικότητα για να θεωρηθούν τα διαγνωστικά κριτήρια έγκυρα.

Ε. Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, δεν εμφανίζονται αποκλειστικά στα πλαίσια μιας διάχυτης αναπτυξιακής διαταραχής, σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής αλλά είναι εμφανή και χωρίς την συννοσηρότητα της διαταραχής με άλλες.

Η κωδικοποίηση των διαγνωστικών κριτηρίων βασίζεται στους παρακάτω τύπους: Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής- Υπερκινητικότητα, Συνδυασμένος τύπος: Όταν και το κριτήριο Α1 και το κριτήριο Α2 πληρούνται τους τελευταίους έξι μήνες. Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα, με προεξέχοντα τον απρόσεκτο τύπο:

Αν πληρείται το κριτήριο A1, αλλά δεν πληρείται το κριτήριο A2 τους τελευταίους έξι μήνες.

Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα, με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο:

Αν πληρείται το κριτήριο A2, αλλά δεν πληρείται το κριτήριο A1 τους τελευταίους έξι μήνες.

Για άτομα (ειδικά εφήβους και ενήλικες) τα οποία στο παρόν εκδηλώνουν συμπτώματα που δεν πληρούν πλήρως τα κριτήρια, πρέπει να χρησιμοποιείται ο προσδιορισμός ΔΕΠ-Υ σε μερική ύφεση.

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4TH ed., Text Revision, pp. 92-93, 2000 American Psychiatric Society).

1.4.2 Κλινικά Χαρακτηριστικά

Τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) διαβαθμίζονται σε κατηγορίες που αφορούν ξεχωριστά την βρεφική, την νηπιακή, την σχολική, την νεαρή εφηβική ηλικία και τέλος την ενήλικη ζωή.

Παρά το γεγονός ότι, στα χαρακτηριστικά της διαταραχής υπάρχει κάτι κοινό σε όλες τις ηλικιακές περιόδους, υπάρχουν αξιοσημείωτες ενδείξεις που διαφέρουν σημαντικά.

Βρεφική Ηλικία:

Η ΔΕΠ-Υ εμφανίζεται σε όλα τα φάσματα των ηλικιών από την βρεφική έως και την ενήλικη ζωή. Σε ποσοστό 40-60% άτομα με ΔΕΠ-Υ από την παιδική ηλικία θα συνεχίσουν να εμφανίζουν συμπτώματα καθ' όλη την διάρκεια της ζωής τους. Τα συμπτώματα της σαφώς διαφέρουν σε κάθε στάδιο, για παράδειγμα στην προσχολική και σχολική ηλικία παρατηρούμε υπερδραστηριότητα και υπερκινητικότητα στο παιδί, ενώ αντίθετα στην εφηβική ηλικία υπερτερεί το σύμπτωμα της απροσεξίας (Κολαΐτης 2020). Συγκεκριμένα, η βρεφική ηλικία είναι η καταλληλότερη και ίσως πιο εύκολη περίοδος για μια πρώτη διάγνωση, αφού κατά την διάρκεια αυτής αναπτύσσεται ο εγκέφαλος και έτσι αποτελεί μια πολύ σημαντική περίοδο. (Βοσνιάδου,; Νασιάκου; Χατζή; Φατούρου-Χαρίτου, 2011). Τα πρώτα συμπτώματα που μπορούν να παρατηρηθούν σε ένα βρέφος αποτελούν προγνωστικό παράγοντα για την εξέλιξη της διαταραχής (Meeuwsen;Perra;VanGoozen; Hay, 2019). Ύστερα από έρευνες έχει παρατηρηθεί σε αρκετά βρέφη έντονη ευερεθιστότητα, αρνητική συναισθηματική κατάσταση, καθώς και απροσεξία που ίσως και να αποτελούν προγνωστικό παράγοντα εμφάνισης ΔΕΠ-Υ και που ενδεχομένως να οφείλονται σε περιόδους έντονου άγχους και στρες της μητέρας κατά την διάρκεια της κύησης (Meeuwsen; Perra; VanGoozen; Hay; 2019). Η ελάχιστη ή και καθόλου απόκριση στο όνομα του σε ηλικία τουλάχιστον 36 μηνών, αποτελεί επίσης κίνδυνο εμφάνισης ΔΕΠ-Υ με προβλήματα που εστιάζονται στην προσοχή, αφού το παιδί ακούει ήχους αλλά δεν μπορεί να τους συνδέσει με τα σωστά ερεθίσματα από το περιβάλλον του(Hatch et.al., 2020).Επίσης, σε περίπτωση

που υπάρξει καθυστέρηση στην ανάπτυξη της ομιλίας ως και τους 8 μήνες, άρνηση ώστε να καθίσει μπρούμυτα έχοντας προτίμηση στην ύπτια θέση και γενικότερη καθυστερημένη ανάπτυξη ή λανθασμένη ανάπτυξη του κεφαλιού, υπάρχει κίνδυνος για ΔΕΠ-Υ (Gurevitz;Geva; Varon, 2012). Ο ανήσυχος ύπνος, το έντονο κλάμα και οι διατροφικές του συνήθειες, δηλαδή το πόσο εύκολα ή γρήγορα περνάει από την υγρή στην στερεή μορφή είναι πράγματα που θα πρέπει να διερευνηθούν, καθώς όλα επηρεάζουν την προσοχή του (Μανιαδάκη; Κάκουρος). Η Διαχείριση της ΔΕΠ-Υ(Από τη θεωρία στην πράξη, 2016). Τέλος, καθοριστικό παράγοντα αποτελεί η κινητική του ανάπτυξη και η ανάπτυξη της λεπτής κινητικότητας των χεριών, του κορμού, της κεφαλής και των ποδιών όπου επηρεάζουν την εστίαση της προσοχής (Johnson;Gliga; Jones; Charman, 2014).

Νηπιακή ηλικία

Αρχικά, θα πρέπει να επισημανθεί ότι, για να διαπιστωθεί και να διεξαχθεί οποιοδήποτε αποτέλεσμα θα πρέπει να έχει προηγηθεί ενδεδειγμένη έρευνα με σταθμισμένα διαγνωστικά εργαλεία και συμπληρωματικά με κλινική συνέντευξη που πάντα βοηθάει στην πιο έγκυρη διάγνωση(Αγάθωνος-Γεωργοπούλου, και συν., 2009).Ως προς την προσχολική ηλικία, τα προβλήματα που υπερτερούν έχουν να κάνουν με τον νευροψυχολογικό τομέα, που επηρεάζεται από την ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη, τα οποία επηρεάζουν την εκτελεστική λειτουργία (Pergjika;Tandom, 2017). Βέβαια, οι ειδικοί αποφεύγουν να δώσουν σαφή διάγνωση σε αυτή την ηλικία, καθώς τα δεδομένα που έχουν είναι αρκετά ρευστά και δεν σημαίνουν απαραίτητα μη τυπική ανάπτυξη ή ενδεχομένως ύπαρξη διαταραχής, καθώς αυτά τα συμπτώματα είναι παρόντα και φυσιολογικά, οπότε προτιμούν να δίνουν μια πιο ξεκάθαρη εικόνα στην διάρκεια της σχολικής ηλικίας. Παρόλα αυτά συνήθως το 50% των παιδιών με συμπτώματα στην προσχολική ηλικία συνήθως εμφανίζουν και στην σχολική(Αγαπήτου; Χαλμπέ , 2010). Συνήθως, τα αγόρια σε αυτή την ηλικία είναι πιο συχνό να εμφανίσουν υπερδραστηριότητα και έλλειψη προσοχής (Pergjika; Tandom, 2017). Κάποια από τα συμπτώματα που μπορεί να παραπέμψουν σε ΔΕΠ-Υ είναι το γεγονός ότι δεν μπορούν για παράδειγμα να παρακολουθήσουν ένα τηλεοπτικό πρόγραμμα από την αρχή μέχρι το τέλος ή διακόπτουν διαρκώς κατά την διάρκεια μιας συζήτησης και μιλάνε ακατάπαυστα ή ότι κινούνται συνεχώς στον χώρο (Feldman, 2013). Επίσης, παρατηρούνται γλωσσικές δυσκολίες που επηρεάζουν την απόδοση τους μετέπειτα στην σχολική ηλικία, παρόλα αυτά τα επίπεδα απροσεξίας σε αυτή την φάση είναι χαμηλότερα

συγκριτικά με τα επίπεδα υπερκινητικότητας που είναι τα διπλάσια (Αγαπήτου; Χαλμπέ, 2010). Προβλήματα στις εκτελεστικές και γνωστικές λειτουργίες, όπως κινητικά ελλείμματα που εμμένουν έως τα 7, για παράδειγμα δυσκολία ως προς την ταχύτητα των επαναλαμβανόμενων κινήσεων και ακολουθιών συνδέονται με την παρεγκεφαλίδα, η οποία με την σειρά της συνδέεται με την μνήμη και αυτό σημαίνει πως βλάβη σε αυτή οδηγεί και στην εκδήλωση ΔΕΠ-Υ (Sweeney; et.al., 2018). Αδυναμίες συναντάμε και στο γλωσσικό και γραμματικό κομμάτι, στον προσανατολισμό και στην κατονομασία (Glozman; Shevchenko, 2014). Ενώ στην προσχολική ηλικία συναντάμε έντονη επιθετικότητα, αφού δεν μπορεί ακριβώς να κατανοήσει τα όσα του λένε, μετέπειτα αυτό μετατρέπεται σε υποτονικότητα και αντικοινωνική συμπεριφορά, γεγονός που το οδηγεί στην απομόνωση και στην αντιμετώπιση δυσκολιών στις διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνομηλίκους του, βιώνοντας για πρώτη φορά την κοινωνική απόρριψη, επιδεινώνοντας την συνολική κατάσταση (Αγαπήτου; Χαλμπέ, 2010). Τέλος, η απροσεξία, η υπερκινητικότητα και η παρορμητικότητα εμμένουν ως την εφηβική και ενήλικη ζωή.

Σχολική Ηλικία:

Στην σχολική ηλικία, τα κύρια χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ είναι α) η έλλειψη ή η κακή εστίαση προσοχής του παιδιού σε διαφορετικού είδους δραστηριότητες που καλείται να ανταπεξέλθει, β) η διάσπαση προσηλωμένης αυτοσυγκέντρωσης και γ) η υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα.

Η ΔΕΠ-Υ στην σχολική ηλικία σύμφωνα με έρευνες, οι οποίες βασίζονται κυρίως σε ερωτηματολόγια που έχουν χορηγηθεί, υπερτερεί κατά ένα ποσοστό 3-7% (Rodriguez; Torrance; Betts; Cerezo; Garcia, 2017). Το δημοτικό σχολείο, είναι ένα περιβάλλον που δίνει την δυνατότητα για την καλύτερη αξιολόγηση και διάγνωση σε περίπτωση που υπάρχουν υποψίες για ύπαρξη ΔΕΠ-Υ, καθώς αποτελεί πρόκληση για το παιδί που πιθανά έχει αυτή την διαταραχή, αφού καλείται να μάθει ανάγνωση, να συμμετάσχει σε ομαδικές δραστηριότητες, να συμμετάσχει σε συζητήσεις περιμένοντας υπομονετικά την σειρά του για να μιλήσει, πράγματα δηλαδή που απαιτούν προσοχή και συγκέντρωση, που ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ δεν έχει (Καραγιάννη, 2019).

Το παιδί με ΔΕΠ-Υ διαφέρει από τα άλλα και ξεχωρίζει μέσα στην τάξη, αφού παρουσιάζει αδεξιότητα στις κινήσεις του, επιθετικότητα και ξεσπάσματα θυμού,

αδυναμία αυτοελέγχου, καθώς και υπερδραστηριότητα, δεν μπορεί για παράδειγμα να καθίσει στην θέση του γεγονός που φαίνεται από τις προσπάθειες και αφορμές που βρίσκει ώστε να φεύγει από την τάξη (π.χ. ζητάει συχνά να πάει τουαλέτα ή για νερό)(Καραγιάννη, 2019).

Παρουσιάζει ακόμη έντονη συναισθηματική έκφραση που υπερβαίνει τα φυσιολογικά πλαίσια, για παράδειγμα υπερβολική νευρικότητα ή υπερβολική ανησυχία και άγχος και έντονες συναισθηματικές αλλαγές και διακυμάνσεις. Επίσης, παιδιά με ΔΕΠ-Υ εκδηλώνουν μαθησιακά ελλείμματα, όπως για παράδειγμα δυσκολία ως προς την ανάγνωση, το οποίο επίσης οφείλεται στην διάσπαση προσοχής που έχει. Μέσα από μια έρευνα που αφορούσε αγόρια ηλικίας 8-12 ετών, τους παρουσιάστηκαν 2 βίντεο, το ένα με εκπαιδευτικό περιεχόμενο και το άλλο με γενικότερο περιεχόμενο και αποδείχθηκε πως εκείνα με ΔΕΠ-Υ μπόρεσαν να παρακολουθήσουν το βίντεο με το γενικό περιεχόμενο, λόγω του ότι δεν διέφερε η μνήμη εργασίας τους από τα φυσιολογικά παιδιά σε αντίθεση με το εκπαιδευτικό βίντεο που δεν παρακολούθησαν λόγω βλάβης βραχύχρονης φωνολογικής μνήμης (Schrevel; Dedding; Jeroen; Jacqueline, 2016).

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά τα μαθησιακά ελλείμματα που παρουσιάζουν τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν μεγαλύτερη δυσκολία στον γραπτό λόγο, στην μεταφορά δηλαδή του προφορικού λόγου σε γραπτό, στο λεξιλόγιο και στην ορθογραφία, σε σχέση με τα μαθηματικά. Επίσης, διαπιστώνεται δυσκολία στην παραγωγή του λόγου, ενώ το γραπτό ενός παιδιού με ΔΕΠ-Υ είναι ακατάστατο, γεμάτο ορθογραφικά λάθη, με κενά ανάμεσα στις λέξεις και τις προτάσεις και το κείμενο να είναι γραμμένο εκτός περιθωρίου του τετραδίου.

Παρουσιάζουν μια γενικότερη εικόνα ακαταστασίας και έλλειψης οργάνωσης, πράγμα που φαίνεται από το πως έχουν οργανωμένο το θρανίο, την τσάντα και τα τετράδια τους. Το 80% έχουν πιθανότητα ανάπτυξης Ειδικής Μαθησιακής Δυσκολίας, ενώ το 15-40% παρουσιάζει Δυσλεξία. Τέλος το 8-10% παιδιών με ΔΕΠ-Υ μπορεί να παρουσιάσουν μειωμένη απόδοση στα μαθηματικά (Παπαναστασίου, 2019).

Ακόμη, στην κλινική εικόνα ενός παιδιού με ΔΕΠΥ περιλαμβάνεται αναμφίβουλα και η ευαισθησία στην απόρριψη, η συναισθηματική υπερδιέγερση καθώς και η υπερσυγκέντρωση.(Πεχλιβανίδης; Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος; Παπαχρήστου; Παπαδημητρίου, 2012).

Η ελλειμματική προσοχή και η διάσπαση της συγκέντρωσης είναι απόρροια κακού συντονισμού ή ασυμφωνίας προσοχής που ενεργοποιείται μόνο σε συγκεκριμένες περιπτώσεις δηλαδή όταν χρειάζεται το παιδί να εκπληρώσει έναν συγκεκριμένο στόχο είτε με φυσιολογικές είτε με αυξημένες απαιτήσεις(Barkley 1990).

Αντίθετα, η υπερκινητικότητα ενεργοποιείται ανεξαρτήτως συνθηκών και εκφράζεται κυρίως με αναπτυξιακά ακατάλληλη λεκτική ή κινητική δραστηριότητα. Πιο συγκεκριμένα παρουσιάζεται με την αδυναμία του παιδιού να καθίσει στην θέση του ή στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις ,στις οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθισμένος.

Ακόμη, συχνά τρέχει εδώ κι εκεί ασταμάτητα κουνώντας χέρια και πόδια άσκοπα. Η υπερβολική ομιλία και η ανικανότητα του παιδιού να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ήσυχα είναι επίσης ενδείξεις υπερκινητικότητας. Παρόλα αυτά, η υπερκινητικότητα καλύπτει μόνο το 25% των περιπτώσεων με ΔΕΠΥ.

Όσον αφορά, την παρορμητικότητα κυρίως ενεργοποιείται σε συνθήκες διαλόγου ή ερωταπόκρισης όπου το παιδί απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση και δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του για να μιλήσει με αποτέλεσμα: α) να διακόπτει ή να ενοχλεί τους άλλους και β) να παρεμβαίνει στις συζητήσεις δίχως να λάβει έγκριση από τρίτους.Επιπλέον, εξαιτίας του γεγονότος ότι δεν μπορεί να ελέγξει τα συναισθήματά του και τις αντιδράσεις του σε άσχετα ερεθίσματα και να επικεντρωθεί σε πιο σημαντικά δίνει την εντύπωση ενός ανώριμου παιδιού(Barkley 1990; Παπαγεωργίου 2005).

Τέλος, τα παιδιά με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής όταν ξεπεράσουν την νηπιακή ηλικία είναι σε θέση να καταλάβουν ότι έχουν κάτι διαφορετικό από τους συνομήλικους τους γεγονός που δεν το λαμβάνουν θετικά ως ένα προσόν αλλά αντίθετα τους προκαλεί χαμηλή αυτοεκτίμηση η οποία κορυφώνεται κατά την ενηλικίωση(Mundenetal. 1999).

Εφηβική Ηλικία:

Κατά την διάρκεια της εφηβικής ηλικίας, τα περισσότερα εάν όχι όλα τα παιδιά αρχίζουν να ζητούν και να διεκδικούν την ανεξαρτησία τους, με συνέπεια να αυξάνονται ολοένα και περισσότερο το μέγεθος των ευθυνών που αναλαμβάνουν(Maeir; Itai, 2014).

Επίσης, ξεκινούν να αναπτύσσουν ισχυρούς δεσμούς φιλίας με συνομηλικούς φεύγοντας από τον κλοιό και την προστασία της οικογένειας. Σύμφωνα με έρευνες περίπου το 85% παιδιών με ΔΕΠΥ συνεχίζουν να εμφανίζουν συμπτώματα μέχρι την εφηβική ηλικία.

Τα βασικότερα χαρακτηριστικά που διατηρούνται μέχρι τότε είναι η παρορμητικότητα και η απροσεξία, ενώ μείωση παρατηρείται στην υπερκινητικότητα του εφήβου (Κουμούλα, 2012). Κάτι όμως που δεν υπήρχε μέχρι την παιδική ηλικία και πρωτοεμφανίζεται κατά την διάρκεια της εφηβείας είναι η παραβατικότητα, η χρήση ουσιών και η εγκατάλειψη του σχολείου (Molina; Brooke et.al., 2012). Η παραβατικότητα, η οποία συναντάται ολοένα και περισσότερο σε εφήβους με ΔΕΠ-Υ οφείλεται σε πολλά αίτια μεταξύ των οποίων οι σχέσεις γονιού-εφήβου, η απόρριψη που βιώνουν από αυτούς ή από την άλλη ο υπερβολικός έλεγχος και η αυστηρότητα, καθώς επίσης και η κακοποίηση και βία που βιώνουν ενδοοικογενειακά (Konrad; Herpertz; Dahlmann, 2008). Εξαιτίας λοιπόν αυτής υπάρχει συχνά η συσχέτιση της φυλάκισης με τους εφήβους με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ (Retz; et.al., 2021). Οι διαταραχές ύπνου είναι ένα ακόμη σύμπτωμα ΔΕΠ-Υ που συναντάμε τόσο στην παιδική όσο και την εφηβική ηλικία (Rydell; Brocki, 2021). Η ΔΕΠ-Υ στην εφηβεία συχνά εμφανίζεται σε συνδυασμό με διαταραχές συμπεριφοράς που επιμένουν ως την ενηλικίωση και πιθανώς να οφείλονται στην κακοποίηση που βιώνουν, στην σχέση με τους γονείς και την οικογένεια, καθώς και τον ανεπαρκή έλεγχο, εντείνοντας έτσι την παραβατικότητα (Konrad; Herpertz; Dahlmann, 2008).

Έρευνες δείχνουν ότι το 56-76% των εφήβων με ΔΕΠ-Υ δεν δημιουργούν αμοιβαίες φιλίες, ενώ ως προς τις ερωτικές τους σχέσεις, τα κορίτσια κυρίως φαίνεται να ξεκινούν πιο γρήγορα την σεξουαλική τους δραστηριότητα σε σχέση με τις συνομήλικες τους, με αποτέλεσμα να παρατηρούνται συχνότερα ανεπιθύμητες εγκυμοσύνες και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα (Wiener; Rokeach, 2014). Παράλληλα, υπάρχουν πιθανότητες να ακολουθούν ένα τρόπο ζωής που περιλαμβάνει το κάπνισμα, την κατανάλωση αλκοόλ ή ακόμα και την λήψη ναρκωτικών ουσιών.

Συγκεκριμένα, έφηβοι με ΔΕΠ-Υ έχουν μεγαλύτερα ποσοστά εξάρτησης από ουσίες, όπως μαριχουάνα κοκαΐνη, εμφανίζουν δηλαδή Διαταραχές ουσιών σε μεγαλύτερο βαθμό (Molina, et.al., 2018).

Στην περίοδο της νεαρής εφηβικής ηλικίας οι ενδείξεις της διαταραχής της ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας διαφέρουν αισθητά.

Η εφηβεία αποτελεί από μόνη της μια δύσκολη ηλικιακή περίοδο, που σε συνδυασμό με την ΔΕΠΥ μετατρέπεται σε μια εξαιρετική μη ελέγξιμη κατάσταση. Οι έφηβοι με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν επιπλέον έντονες εναλλαγές διαθέσεων και

συναισθημάτων που πυροδοτούνται από διάφορες αντιλήψεις ή γεγονότα όπως η έντονη κριτική από άτομα του στενού κοινωνικού ή οικογενειακού τους κύκλου.

Δυστυχώς, τα τροχαία ατυχήματα αποτελούν συχνό φαινόμενο σε νεαρούς εφήβους με ΔΕΠΥ, εξ' αιτίας της τάσης τους να είναι παρορμητικοί και της ανάγκης τους για δράση και ένταση.

Επίσης, πιθανή είναι η εμπλοκή τους σε άλλα ατυχήματα όπως εγκαύματα, φιλονικίες κυρίως στην διάρκεια του σχολείου αλλά και τραυματισμούς από σκυλιά. Σοβαρές ενδείξεις της διαταραχής της ΔΕΠΥ σε εφήβους αποτελούν ακόμη η έλλειψη συγκρότησης ενός ολοκληρωμένου εφήβου σε θέματα προσωπικότητας, αξιών και διαπαιδαγώγησης αλλά και η μειωμένη προσωπική φροντίδα.

Τέλος, τα προβλήματα απροσεξίας και ανικανότητας αυτοσυγκέντρωσης που αντιμετωπίζει ένας έφηβος με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας οδηγούν σε αδυναμία ολοκλήρωσης σχολικών εργασιών, με αποτέλεσμα πτωχές ακαδημαϊκές επιδόσεις σε σύγκριση με άλλα τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά.. (Elia; Ambrosini; Berrettini, 2008). Το γεγονός αυτό συνεπάγει εμπόδια στην προσωπική εξέλιξη του εφήβου αφού συχνά παρουσιάζουν αδυναμία στο να προβάλλουν τις δυνατότητές τους σε κοινωνικές περιστάσεις.

Συνοψίζοντας, τα κλινικά χαρακτηριστικά της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας στην ενήλικη ζωή παρουσιάζουν αρκετές ομοιότητες συγκριτικά με τις υπόλοιπες χρονικές βαθμίδες και θα μπορούσε μάλιστα να θεωρηθούν η εξέλιξη των ενδείξεων της εφηβικής χρονικής περιόδου (Πεχλιβανίδης; Σπυροπούλου; Γαλανόπουλος; Παπαχρήστου; Παπαδημητρίου, 2012).
Ενήλικη Ζωή:

Η ΔΕΠ-Υ με το πέρασμα του χρόνου έχει αποδειχθεί ότι εξασθενεί, παρόλα αυτά τα συμπτώματα της είναι ακόμη φανερά σε όλα τα ηλικιακά επίπεδα.

Πιο συγκεκριμένα, έπειτα από έρευνες έχει αποδειχθεί ότι το 15% των ασθενών με ΔΕΠ-Υ διατηρούν τα συμπτώματα τους μέχρι τα 25 τους, το 50% παρουσιάζουν εξασθένηση της διαταραχής και τα 2/5 εξακολουθούν να εμφανίζουν ως ενήλικες (Πεχλιβανίδης; Σπυροπούλου; Γαλανόπουλος; Παπαχρήστου; Παπαδημητρίου, 2012). Και σε αυτή την φάση πρωταγωνιστούν τα χαρακτηριστικά της απροσεξίας, παρορμητικότητας και δυσκολίας διατήρησης της προσοχής, η οποία είναι μια πολύπλοκη διαδικασία για άτομα με ΔΕΠ-Υ, αφού είναι αυτή που καθορίζει σε ποιο ερέθισμα ανάμεσα στα πολλά θα πρέπει να συγκεντρώσει την προσοχή του (Young;

Bramham, 2007). Ένας ενήλικας έφηβος θα απευθυνθεί σε κάποιον ειδικό συνήθως όταν θα νιώσει ότι δεν μπορεί να διεκπεραιώσει τα όσα απαιτεί η καθημερινότητα του νιώθοντας το αίσθημα της ανικανότητας.

Επίσης, βιώνει έντονο άγχος και φόβο γιατί μεταβαίνει από το στάδιο του σχολικού-οικογενειακού περιβάλλοντος στην καθημερινή ζωή με τις πληθώρα απαιτήσεις και την αυτοεξυπηρέτηση. Έτσι, στην πεποίθηση του ότι δεν θα τα καταφέρει συνήθως τον διακατέχει μια συνεχή αναβλητικότητα σε όλους τους τομείς και τα επίπεδα ζωής του (Hallowell; Ratey, 2003). Ακόμη, ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζεται εξαιτίας της ΔΕΠ-Υ στην ζωή ενός ενήλικα είναι οι προσωπικές του σχέσεις. Συνήθως, σύντροφοι με ΔΕΠ-Υ είναι βίαιοι και επιθετικοί, ενώ λόγω της γενικότερης αφηρημάδας και αργοπορίας τους προκαλούν εκνευρισμό στον σύζυγο τους και με την σειρά τους οι σύντροφοι με ΔΕΠ-Υ νιώθουν ότι δεν τους καταλαβαίνουν δημιουργώντας έτσι ένα φαύλο κύκλο σύγχυσης και διαρκούς εκνευρισμού (Wiener; Rokeach, 2014). Είναι όμως απαραίτητο να σημειωθεί ότι οι ασθενείς με ΔΕΠ-Υ λόγω του ότι βαριούνται αρκετά εύκολα είναι αρκετά δημιουργικοί και ευφυείς σε ορισμένες περιπτώσεις συγκριτικά με τους τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους τους (Hallowell; Ratey, 2003). Όσον αφορά τώρα την πανεπιστημιακή τους εκπαίδευση οι ενήλικες με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν αδυναμίες σε επίπεδο περίληψης, περιγραφής, σημειώσεων, συγκέντρωσης, καθώς και διαχείρισης χρόνου. Σε αυτό το σημείο είναι ανάγκη να επισημανθεί ότι σε περιόδους εξετάσεων για παράδειγμα που καλούνται να βρεθούν σε έναν μικρό και περιορισμένο χώρο, βιώνουν έντονο άγχος και διαταράσσονται (Dan; Raz, 2012).

Τα τυπικά χαρακτηριστικά που παρουσιάζει ένας ενήλικας με ΔΕΠΥ είναι κυρίως συμπτώματα απροσεξίας και διάσπασης προσοχής, υπερκινητικότητας και παρορμητικότητας που καλύπτουν όμως μόνο το 5% των περιπτώσεων, αλλά και έντονες συναισθηματικές μεταπτώσεις και εσωτερική υπερδιέγερση.

Ο συνδυασμός των δύο πρώτων κλινικών χαρακτηριστικών έχει ως αποτέλεσμα το άτομο να μην μπορεί να αυτοσυγκεντρωθεί και να μην εστιάζει την προσοχή του σε δύο παράλληλες δραστηριότητες ή σε μία απαιτητική. Επίσης το άτομο εξαιτίας της απροσεξίας του πολλές φορές δείχνει να χάνει την αίσθηση του χρόνου γεγονός που τον κάνει να αργεί συνεχώς σε συναντήσεις που προγραμματίζει και αποδιοργανώνεται εύκολα κυρίως σε ζητήματα οικονομικών υποχρεώσεων ή οικιακών θεμάτων (Biederman; Faraone; Martelon; Westerberg; Spencer, 2009).

Αναφορικά με την υπερκινητικότητα είναι ένα χαρακτηριστικό που δημιουργεί ένα εσωτερικό αίσθημα ανησυχίας στο άτομο προκαλώντας του νευρικές κινήσεις, αδυναμία παραμονής σε μία θέση για πολλή ώρα ακόμα και σε περιστάσεις που επιβάλλεται (λ.χ. η επίσκεψη στην εκκλησία ή η παραμονή στην θέση του κινηματογράφου), υπερβολική ομιλία αλλά και ανικανότητα στο να διατηρήσει τον εαυτό του ήρεμο.

Η παρορμητικότητα από την άλλη πλευρά ωθεί το άτομο στο να ενεργεί δίχως να σκέφτεται δηλώνοντας έντονη ανυπομονησία για όλα.

Επιπλέον, ο ασθενής εξαιτίας αυτού δεν μπορεί εύκολα να λάβει αποφάσεις καθώς υστερεί αρκετά στην συνολική θεώρηση των πραγμάτων. Η αλόγιστη σπατάλη χρημάτων, η διαρκή αλλαγή ερωτικών συντρόφων και η παράλογη συνεχόμενη αλλαγή εργασιακού χώρου είναι απόρροιες αυτού του κλινικού χαρακτηριστικού.

Σχετικά με την εσωτερική συναισθηματική υπερδιέγερση, οι ενήλικες με ΔΕΠΥ βιώνουν πιο έντονα συναισθήματα λύπης, χαράς ή και απογοήτευσης από το μέσο όρο. Βιώνουν δηλαδή, μια συναισθηματική πίεση η οποία στην πλειονότητα των περιπτώσεων προκαλεί διαταραχές ύπνου μιας και το άτομο δεν μπορεί να ηρεμήσει σχεδόν ποτέ με αποτέλεσμα να μην κοιμάται καθόλου κατά την διάρκεια της νύχτας ή να κοιμάται ελάχιστες ώρες.

Εξαιτίας αυτής της δύσκολης κατάστασης, η ευαισθησία σε στρεσογόνες καταστάσεις, το εύκολο αίσθημα ανίας και πλήξης και η επιβλητική ανάγκη για συνεχόμενες αλλαγές κάνουν την εμφάνιση τους προκαλώντας επίσημο πρόβλημα στην σταθεροποίηση του ατόμου επαγγελματικά αλλά και στην προσπάθεια δημιουργίας οικογένειας(Σφελινιώτη,2017).

Τέλος, μερικά ακόμη χαρακτηριστικά ενηλίκων με ΔΕΠ-Υ που τους κάνουν να διαφέρουν από το υπόλοιπο κοινωνικό σύνολο είναι η χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, διότι θεωρούν πως δεν είναι ικανοί να διαχειριστούν και να βγάλουν εις πέρας καμία δραστηριότητα, ενώ σε αυτή την φάση η υπερκινητικότητα μετατρέπεται σε νευρικότητα που προκαλεί συναισθηματικές μεταπτώσεις στους ενήλικες με αποτέλεσμα ανεξέλεγκτες εκρήξεις θυμού που ευτυχώς όμως παραμένουν παροδικές.

Η παρορμητικότητα μετατρέπεται σε ανυπομονησία και γενικότερη συνήθεια να διακόπτουν τον συνομιλητή τους την εκάστοτε στιγμή. Ωστόσο, ανεξάρτητα από τις διαφορές και τις αποκλίσεις που παρουσιάζουν τα κλινικά

χαρακτηριστικά της εκάστοτε χρονικής βαθμίδας, όλα τα άτομα με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν μια ιδιαίτερη ευαισθησία στο αίσθημα της απόρριψης.

Οι περιπτώσεις που εκδηλώνεται έντονα αυτή η ευαισθησία είναι : α) εφόσον το άτομο έχει φτάσει στο σημείο που δεν μπορεί να ολοκληρώσει ή να ανταπεξέλθει σε στόχους και προσδοκίες που έχει θέσει ο ίδιος, β) όταν δεν μπορεί να διατηρήσει τον αυτοέλεγχο του και γ) όταν κριτικάρεται έντονα από σημαντικούς για εκείνο ανθρώπους(Πεχλιβανίδης; Σπυροπούλου; Γαλανόπουλος; Παπαχρήστου; Παπαδημητρίου, 2012).

1.4.3 Διαφοροδιάγνωση

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ), αποτελεί μια από τις πιο περίπλοκες αναπτυξιακές διαταραχές που εντάσσονται στο φάσμα των μαθησιακών δυσκολιών τόσο στην ανάλυση των χαρακτηριστικών της όσο και στην διάγνωση της.

Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι, η υπερκινητικότητα καθώς και η ελλειμματική προσοχή αποτελούν διαταραχές με υψηλό ποσοστό συχνότητας σε παιδιά προσχολικής ηλικίας με αποτέλεσμα να μην παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά της διαταραχής ολοκληρωμένα αλλά να εμφανίζεται μόνο ένα μέρος αυτών. Αυτό καθιστά την διαφοροδιάγνωση της ΔΕΠ-Υ συγκριτικά με άλλες διαταραχές που εμφανίζουν παρεμφερή κλινικά χαρακτηριστικά απαραίτητη.

Εξάλλου η διαφοροδιάγνωση ή αλλιώς η διαφορική διάγνωση κατέχει ιδιαίτερη σημασία για τον ρόλο του λογοθεραπευτή (Μπίνος,2019).

Ουσιαστικά με τον όρο διαφοροδιάγνωση νοείται κάθε διαγνωστική διαδικασία που χρησιμοποιείται με απώτερο σκοπό τον μελλοντικό αποκλεισμό άλλων επικοινωνιακών διαταραχών που φέρουν παρόμοια συμπτώματα με την επικείμενη διαταραχή που μελετάται. Τελικός στόχος της διαδικασίας της διαφορικής διάγνωσης ύστερα από την συλλογή των απαραίτητων δεδομένων είναι να μπορέσει ο λογοθεραπευτής να καταλήξει στην επικρατέστερη διάγνωση.

Σύμφωνα με τις προαναφερθείσες πληροφορίες επισημαίνεται ότι η διαδικασία διάγνωσης της διαταραχής υπερκινητικότητας και ελλειμματικής προσοχής απευθύνεται σε μια πολυπαραγοντική επεξεργασία και σε έναν ακριβή προσδιορισμό των συμπτωμάτων που παρουσιάζονται βάσει των σταθμισμένων διαγνωστικών κριτηρίων. Πιο συγκεκριμένα, υπάρχουν τρία χαρακτηριστικά της ΔΕΠ-Υ όπως η έντονη παρορμητικότητα, η αδικαιολόγητη εναλλαγή συναισθημάτων και η υπερδιέγερση που την *συγγέουν* με άλλες δύο διαταραχές: την Διπολική διαταραχή (Bipolar Disorder) και την Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας/Borderline Personality Disorder, (Σφελινιώτη,2017).

Η Διπολική Διαταραχή (Bipolar Disorder)

Συγκεκριμένα, πρόκειται για μία σοβαρή ψυχιατρική πάθηση με κύρια χαρακτηριστικά της ψυχωτικά συμπτώματα και φάσεις κατάθλιψης ή μανίας, για αυτό και εναλλακτικά ονομάζεται διαταραχή μανιοκατάθλιψης.

Παρά το γεγονός ότι τα κλινικά χαρακτηριστικά της είναι ξεκάθαρα και σταθμισμένα με τέτοιο τρόπο που δεν μπορούν να συνδεθούν εύκολα με την κλινική εικόνα κάποιας άλλης διαταραχής, η έντονη παρορμητικότητα και πολλές φορές η ανεξήγητη εναλλαγή συναισθημάτων χωρίς τον συνδυασμό επεισοδίων κατάθλιψης ή μανίας είναι αρκετά για να οδηγήσουν την διάγνωση σε αρχικό στάδιο σε διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, (ΔΕΠ-Υ)(Belmaker2004).

Γενικά, πρόκειται για μία σπάνια διαταραχή καθώς το ποσοστό εμφάνισης της αντιστοιχεί στο 1% του γενικού πληθυσμού συγκριτικά με άλλες διαταραχές. Ωστόσο αναφορικά τόσο με το ICD-10 όσο και με το DSM-5(AmericanPsychiatricAssociation),υπάρχουν πέντε είδη διπολικής διαταραχής και παρουσιάζονται ως εξής:

1. Διπολική Διαταραχή Τύπου I:

Μείζονα καταθλιπτικά επεισόδια που διαρκούν για δύο εβδομάδες ή και περισσότερο καθώς και Μεικτά επεισόδια μανίας και κατάθλιψης που διαρκούν για μία εβδομάδα. Επακόλουθη είναι η εισαγωγή σε ψυχιατρική κλινική.

2. Διπολική Διαταραχή Τύπου II:

Συνδυασμός επεισοδίων ήπιας μανίας δίχως έντονες εξάρσεις συναισθημάτων και κατάθλιψης ή Μεικτά επεισόδια.

3. Διπολική Διαταραχή Τύπου III:

Τα τυπικά συμπτώματα διπολικής διαταραχής χωρίς όμως να μπορεί να προκύψει η διάγνωση τύπου I και II με βάση τα διαγνωστικά κριτήρια. Ωστόσο η συμπεριφορά του ατόμου δεν ανήκει στα φυσιολογικά πρότυπα συμπεριφοράς ενός τυπικά αναπτυσσόμενου ανθρώπου.

4. Κυκλοθυμική Διαταραχή:

Ήπια μορφή διπολικής διαταραχής που χαρακτηρίζεται από επεισόδια υπομανίας ή κατάθλιψης που διαρκούν για δύο χρόνια.

5. Διπολική Διαταραχή Ταχείας Εναλλαγής Επεισοδίων:

Αρκετά σοβαρή μορφή της διαταραχής που αποτελείται από Μεικτά επεισόδια ή επεισόδια Μείζονος κατάθλιψης , υπομανίας και μανίας που διαρκούν για ένα χρόνο(Λαζαράτου 2012).

- **Οριακή διαταραχή προσωπικότητας (Borderline Personality Disorder):**

Η οριακή διαταραχή προσωπικότητας (BPD), είναι μία σοβαρού βαθμού ψυχική ασθένεια με σύνθετη συμπτωματολογία που προκαλεί ελλείμματα ποικίλης φύσεως σε όλους τους τομείς της καθημερινής ζωής ενός ατόμου. Η συμπτωματολογία της διαταραχής διακρίνεται κυρίως σε α) προβληματικές διαπροσωπικές σχέσεις και β) κοινωνικές δυσλειτουργίες γεγονός που την παραπέμπει σε μερική ταύτιση της με την διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας εφόσον και στην ΔΕΠ-Υ, υπάρχουν λειτουργικές δυσκολίες σε κοινωνικά θέματα αλλά και στις σχέσεις που δημιουργεί το άτομο (Leichsenring;Leibing; Kruse; Leweke,2011).

Ωστόσο, κάποια επιπλέον συμπτώματα της διαταραχής όπως είναι οι έντονες, συνεχώς μεταβαλλόμενες διαθέσεις σε συνδυασμό με την παρορμητικότητα επίσης οδηγούν σε διαπροσωπικές δυσκολίες.

Ακόμη, η αδικαιολόγητη αστάθεια συναισθημάτων, η αδυναμία σύναψης σχέσεων σε διαπροσωπικό επίπεδο, οι αυτοκτονικές τάσεις και η έντονη παρορμητικότητα αποτελούν μέρη των ενδείξεων της διαταραχής. Συνοψίζοντας, η οριακή διαταραχή προσωπικότητας αν και έχει αρκετές ομοιότητες στα κλινικά χαρακτηριστικά της με την κλινική εικόνα της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας διαφέρει σημαντικά μιας και οι ενδείξεις της κάνουν την εμφάνιση τους στην πρώιμη ενήλικη ζωή ή στην ύστερη εφηβεία.(Philipsen, 2006). Σε αντίθεση, στην ΔΕΠ-Υ τα πρώτα σημάδια παρουσιάζονται στην προσχολική- σχολική ηλικία.

Συνοψίζοντας, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η σημασία της διαφοροδιάγνωσης είναι ανεκτίμητης αξίας καθώς χάρη σε αυτή η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ) διακρίνεται από την διπολική διαταραχή (ΔΔ). Εντούτοις, οι δύο αυτές διαταραχές είναι εύκολα αντιληπτό ότι μοιράζονται σχεδόν την ίδια κλινική εικόνα όμως με μικρές διαφοροποιήσεις. Το βασικότερο διαφοροδιαγνωστικό κριτήριο της ΔΕΠ-Υ και της ΔΔ είναι το γεγονός ότι στην διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας δεν υφίσταται αιτιολογικός παράγοντας που να αφορά το κληρονομικό υπόβαθρο και απουσιάζει η ύπαρξη συναισθηματικών διαταραχών στο οικογενειακό περιβάλλον.

Επιπρόσθετα, διακρίνεται και εξαιτίας του είδους της διαταραχής μιας και η ΔΕΠ-Υ πρόκειται για μία νευρογενούς φύσεως παθολογία που αυτό σημαίνει ότι τα συμπτώματα της μπορεί να απαλειφθούν ή να μειωθούν αισθητά στην εξέλιξη της πορείας της ζωής του ατόμου.

Τέλος, ανεξάρτητα από την διάκριση των δύο διαταραχών χάρη στην διαφορική διάγνωση, δεν αποκλείεται η συννοσηρότητα τους γεγονός που δυσκολεύει αρκετά την θεραπευτική παρέμβαση καθώς η κλινική εικόνα αποτελείται κυρίως από ένα διεγερτικό φαινότυπο με υψηλά ποσοστά εμφάνισης διαταραχής αντικοινωνικής αγωγής που διαρκούν για μία χρόνια πορεία.

Επομένως, όσο νωρίτερα γίνεται η έναρξη της Διπολικής Διαταραχής τόσο πιο συχνά είναι πιθανό να συνδυάζεται με συμπτώματα της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας τα οποία προηγούνται των διαταραχών διάθεσης. Αυτό όμως δεν σημαίνει ότι οι δύο διαταραχές είναι ίδιες και σε καμία περίπτωση δεν πρέπει να συγχέονται αν δεν έχει προηγηθεί εμπειριστατωμένη μελέτη των κλινικών στοιχείων πριν την διάγνωση.

1.4.4. Συννοσηρότητα

Στην ψυχοπαθολογία με τον όρο συννοσηρότητα εννοούμε την ύπαρξη δύο ή περισσότερων διαφορετικών διαταραχών ταυτόχρονα. Συγκεκριμένα, στη ΔΕΠ-Υ η συννοσηρότητα φτάνει τα ποσοστά 50-80% και συνυπάρχει σε ποσοστό 30-50% με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, σε ποσοστό 25% με Διαταραχή Αγωγής και Αγχώδη Διαταραχή, ενώ σε 15% με Αναπτυξιακή Καθυστέρηση. Το γεγονός αυτό οδηγεί σε επιδείνωση των ήδη υπάρχοντων συμπτωμάτων, σε πολλαπλασιασμό αυτών και άρα σε εξασθένηση της λειτουργικότητας του ατόμου (Κάκουρος; Μανιαδάκη 2002). Οι διαταραχές συμπεριφοράς κατέχουν το υψηλότερο ποσοστό συννοσηρότητας με την ΔΕΠ-Υ, δηλαδή η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή 35-60% και η Διαταραχή Διαγωγής 30-50% κατά την παιδική και εφηβική ηλικία (Κάκουρος και συν., 2000). Τα άτομα με Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, η οποία εμφανίζεται στα παιδιά μετά την εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ, μόνο ή μόνο με ΔΕΠ-Υ προφανώς παρουσιάζουν πιο ήπια συμπτώματα σε σχέση με αυτά που έχουν τον συνδυασμό αυτών των διαταραχών. Κάποια από τα συμπτώματα είναι επιθετικότητα, εμπλοκή σε καβγάδες και σε σπάνιες περιπτώσεις καταλήγουν και σε κλοπές, με αποτέλεσμα να μην γίνονται αποδεκτοί από τους συνομηλίκους τους (Κάκουρος et.al., 2000). Σίγουρα αυτό δεν αφορά όλα τα παιδιά, διότι η εμφάνιση αυτών των διαταραχών εξαρτάται από την ποιότητα των οικογενειακών σχέσεων, του περιβάλλοντος του, καθώς και των γενικότερων συνθηκών διαπαιδαγώγησης του παιδιού (Κάκουρος, 1998). Επιπρόσθετα, αναφέρεται η Διαταραχή της Διάθεσης σαν μια επιπλέον διαταραχή με την οποία παρουσιάζει συννοσηρότητα η ΔΕΠ-Υ σε ποσοστό 30-50%, πράγμα το οποίο δεν υποστηρίζουν όλοι, παρουσιάζοντας τις σαν δυο διαφορετικές διαταραχές. Όταν όμως αυτή υφίσταται παρατηρείται στο παιδί έντονα το αίσθημα της λύπης καθώς και της κατάθλιψης, αφού λόγω της γενικότερης συμπεριφοράς τους δεν γίνονται αποδεκτοί από φίλους και συμμαθητές τους και απογοητεύονται. Επίσης, έχουμε την Διπολική Διαταραχή, η οποία όταν υπάρχει αυξάνει το ποσοστό εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ όμως δεν συμβαίνει το αντιστρόφως ανάλογο, ενώ εκδηλώνεται συνήθως σε μικρή ηλικία (Bieterman et.al., 1995).

Τέλος, μια άλλη διαταραχή που μοιάζει πολύ με την συννοσηρότητα της ΔΕΠ-Υ με την Διπολική Διαταραχή είναι το σύνδρομο Tourette, τα παιδιά τα οποία έχουν διαγνωστεί

με αυτό το σύνδρομο έχουν 48% πιθανότητες να εμφανίσουν και ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος και συν., 2000).

ΔΕΠ-Υ & ΔΑΦ

Η Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), αποτελεί επίσης μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή, με βιολογικό υπόβαθρο, όπως έχουν καταδείξει αρκετές μελέτες έως τώρα και η οποία μάλιστα πολλές φορές συνυπάρχει με την Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Διαγιγνώσκεται σε ηλικία 2-3 ετών και είναι φανερή σε όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου. Κάποια από τα συμπτώματα τα οποία πιθανά να οδηγήσουν στην διάγνωση αυτής της διαταραχής είναι οι διαταραχές ύπνου ή ο συνδυασμός με το σύνδρομο Aspergerπου επίσης αποτελεί αναπτυξιακή διαταραχή.

Άτομα στο φάσμα του Αυτισμού παρουσιάζουν δυσκολίες ως προς την νόηση, την κοινωνική αλληλεπίδραση, καθώς και στον λόγο (Howlin; Taylor, 2015). Επιδημιολογικά ο Αυτισμός εμφανίζεται σε ένα ποσοστό 4% του παιδικού πληθυσμού, ενώ στην περίπτωση μονοζυγωτικών διδύμων το ποσοστό ανέρχεται στο 80% και στα διζυγωτικά μόλις στο 20%. Πολλές φορές συγγέεται με την σχιζοφρένεια, καθώς στην φάση της εφηβείας είναι ιδιαίτερα ευάλωτα ψυχολογικά. Η αιτιολογία του παρά τις πολλές έρευνες που έχουν και συνεχίζουν να διεξάγονται παραμένει άγνωστη, παρόλα αυτά έχει γίνει ξεκάθαρο ότι δεν επηρεάζεται από εθνικότητες, κουλτούρες ή οικονομικά στρώματα. Ευρήματα ερευνών έχουν φέρει στη επιφάνεια το Εύθραυστο Χ, το οποίο φαίνεται ότι αποτελεί και αιτία του Αυτισμού, ενώ έχει επίσης διαπιστωθεί ότι τα αγόρια επηρεάζονται 3 φορές περισσότερο σε σχέση με τα κορίτσια. Εκτός από την ΔΕΠ-Υ ο Αυτισμός συνυπάρχει σε ποσοστό 35-45% με την επιληπτική κρίση, ενώ η κορύφωση του φαίνεται να είναι η φάση της εφηβείας (Harpe; Frith, 1996). Βασικά συμπτώματα της διαταραχής αυτής αποτελούν η μοναχικότητα, οι διαταραχές ομιλίας και επαναληπτική στερεοτυπική συμπεριφορά, τα οποία βέβαια διαφέρουν από άτομο σε άτομο λόγω της έντασης και της συχνότητας τους (Kanner, 1943).

Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά την μοναχικότητα ή αλλιώς την κοινωνική απομόνωση, αποφεύγουν την συναναστροφή με συνομηλίκους, δεν διατηρούν βλεμματική επαφή, ενώ εξαιτίας αυτής της απομόνωσης δυσκολεύονται ως προς την διατήρηση μιας συζήτησης. Ως προς την γλώσσα και ομιλία τους παρατηρούνται

επαναλήψεις, ηχολαλίες, δηλαδή μονότονος λόγος, δεν αντιλαμβάνονται την μεταφορική χρήση της γλώσσας, το χιούμορ και τους ιδιωματισμούς και έχουν περιορισμένο λεξιλόγιο. Επίσης, τα άτομα που βρίσκονται στο φάσμα δυσκολεύονται αρκετά με τις αλλαγές, επιθυμούν να έχουν ένα συγκεκριμένο πρόγραμμα και αυτό να ακολουθούν χωρίς τροποποιήσεις ή αιφνίδιες αλλαγές.

Ως προς την στερεότυπη συμπεριφορά που αναφέρθηκε πιο πάνω συνήθως για παράδειγμα κάνουν επαναλαμβανόμενες και σπαστικές κινήσεις με τα άκρα τους ή με το κεφάλι τους, χτυπώντας τα δυνατά, ενώ κάνουν και διάφορες εκφράσεις και γκριμάτσες με το πρόσωπο τους, κινήσεις που για να θεωρηθούν ότι βρίσκονται στο φάσμα είναι συνεχείς και εμμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Επίσης, στο παιχνίδι παρατηρούνται διαφορές σε σχέση με παιδιά τυπικής ανάπτυξης, αφού δεν αντιλαμβάνονται με τον ίδιο τρόπο τα πράγματα γύρω τους και δεν έχουν την υπομονή να περιμένουν την σειρά τους και γενικότερα δεν τους είναι εύκολο να αντιληφθούν τους κανόνες που θέτονται και ισχύουν σε κάθε κοινωνικό πλαίσιο, έτσι ώστε να μπορέσουν να συνυπάρξουν με άλλα παιδιά. Πολλά παιδιά με ΔΑΦ ξεχωρίζουν για την ικανότητα τους στους μαθηματικούς υπολογισμούς, ενώ έχουν ιδιαίτερα οξυμένη την μνήμη τους σε σχέση με τους τυπικά αναπτυσσόμενα συνομηλίκους τους, ενώ ο δείκτης νοημοσύνης τους κυμαίνεται ανάμεσα στο 70-30-35.

Επιδημιολογικά, η πιο συνηθισμένη συνύπαρξη είναι αυτή σε ποσοστό 40-70%, ενώ σε ερωτηματολόγιο που δόθηκε σε 238 ενήλικές διαπιστώθηκε ότι το 12,2% παρουσιάζουν συννοσηρότητα με ΔΕΠ-Υ και ΔΑΦ (Pehlivanidis et al., 2020) (Antshel et al., 2015; Joshiet al., 2017; Salazaret al., 2015). Το 50% των παιδιών που έχουν διαγνωστεί με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζουν συμπτώματα ΔΑΦ (Jensen; et al., 2015; Kochhar; et al., 2010; Ronald; et al., 2008; VanDerMeeret al., 2012). Οι βασικές διαφορές που παρατηρούνται στις δύο διαταραχές είναι ως προς την κοινωνική απομόνωση, η οποία στην περίπτωση της ΔΕΠ-Υ βελτιώνεται και την απροσεξία, καθώς και την προσοχή όπου στο φάσμα του Αυτισμού φαίνεται ως δυσκολία στις αλλαγές, ενώ στη ΔΕΠ-Υ ως αδυναμία στη εστίαση της προσοχής (Baron-Cohen, 2015). Τα συμπτώματα στα οποία φαίνεται η ομοιότητα των δυο αυτών διαταραχών είναι κυρίως η κατανόηση, η μνήμη και η κίνηση. Πιο συχνά εμφανίζονται μαζί οι διαταραχές στα αγόρια και στην παιδική έναντι της ενήλικης ζωής. Επίσης, διαφέρουν ως προς την ηλικία εκδήλωσης αφού στην Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας εμφανίζεται στην

προσχολική ηλικία, ενώ στην Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος στα δύο πρώτα χρόνια ζωής.

Τέλος, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ δυσκολεύονται στην εστίαση της προσοχής, ενώ τα παιδιά με ΔΑΦ δεν εστιάζουν την προσοχή τους καθόλου, τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ αφήνουν ανολοκλήρωτες τις δραστηριότητες με τις οποίες κατά πιάνονται, ενώ τα παιδιά με ΔΑΦ δεν αντέχουν τις αλλαγές προγράμματος και τα παιδιά με ΔΑΦ επίσης παρουσιάζουν ενόχληση και αποστροφή στην αφή, στον θόρυβο, στο φως και την μυρωδιά.

ΔΕΠ-Υ & Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες

Οι Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες ανήκουν και αυτές στις νευροαναπτυξιακές διαταραχές και έγκειται στις δυσκολίες που αφορούν τον γραπτό κυρίως λόγο ενώ αλλιώς ονομάζεται δυσλεξία ή δυσαρθμησία. Εμφανίζεται στην προσχολική ηλικία, ενώ αλλάζει καθ' όλη την διάρκεια της ζωής του ατόμου.

Η διάγνωση της εξαρτάται από τα επίπεδα ανάπτυξης και των αποκλεισμό άλλων αναπτυξιακών διαταραχών.

Σύμφωνα με τον SamuelKirk, οι Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες έχουν να κάνουν με διαταραχές στη γλώσσα, την ομιλία, την ανάγνωση και την επικοινωνία (Kirk, 1972). Αντίστοιχοι όροι στα ελληνικά είναι Διαταραχές Μάθησης, Δυσχέρειες Μάθησης, Προβλήματα Μάθησης, Μαθησιακές Δυσκολίες κ.τ.λ. Αποτελούν διαταραχή στην κατανόηση του προφορικού και γραπτού λόγου που επηρεάζει την ακαδημαϊκή πορεία του ατόμου και όχι μόνο. Τα παιδιά με ΕΜΔ δεν σημαίνει ότι υστερούν νοητικά έναντι των συνομηλίκων τους, αφού έχουν ίδιο ή και ανώτερο δείκτη νοημοσύνης και αυξημένης λειτουργικότητας σε όλους τους άλλους τομείς της καθημερινής τους ζωής. Το 15-20% των μαθητών παρουσιάζουν Μαθησιακές Δυσκολίες (Στασινός, 2020). Η προέλευση τους πιθανά είναι εκ γενετής, παρόλα αυτά υπάρχουν ενδείξεις και για επίδραση περιβαλλοντικών και συναισθηματικών παραγόντων, όπως για παράδειγμα ακατάλληλο οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον, διαζευγμένοι γονείς, υπερπροστατευτικότητα γονέων σε παιδιά (Αγαλιώτης, 2006). Τα βασικότερα χαρακτηριστικά που εμφανίζονται σε αυτή την διαταραχή είναι δυσκολίες στην ανάγνωση, γραφή, μνήμη, σειροθέτηση, ακολουθία οδηγιών, προσοχή, συντονισμό, οργάνωση και στις μαθηματικές ικανότητες.

Επίσης, τα παιδιά με ΕΜΔ παρουσιάζουν παρορμητική συμπεριφορά, ασυνέπεια, δυσκολία στην έκφραση, στην εξωτερίκευση σκέψεων και στην κατανόηση. Για

παράδειγμα όταν ένα παιδί με ΕΜΔ διαβάζει πιθανά ο λόγος του θα είναι ιδιαίτερα αργός, θα κομπιάζει θα κάνει συντακτικά και γραμματικά λάθη και στην ορθογραφία πάλι θα παραλείπει σημεία στίξης θα κάνει λάθη και δεν θα χρησιμοποιεί συνδετικές λέξεις και προθέσεις. Τα παιδιά με Ειδικές Μαθησιακές Δυσκολίες παρουσιάζουν συννοσηρότητα με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα σύμφωνα με τους Smith και Adams (2006)σε ποσοστό 15- 40% (Rucklidgeet.al.,2002). Η δυσλεξία εκδηλώνεται ως διαταραχή στον γραπτό και προφορικό λόγο, αφορά τα παιδιά και είναι μια επίμονη διαταραχή (BDA, 1999). Διαφέρει κατά μεγάλο ποσοστό από άτομο σε άτομο για αυτό τον λόγο διαφέρουν και οι τρόποι παρέμβασης που προσαρμόζονται σε κάθε περίπτωση. Έχει διαπιστωθεί ότι εάν μέχρι την προσχολική ηλικία εμφανιστούν συμπτώματα όπως αποπροσανατολισμός στον χώρο και χρόνο που βρίσκεται το παιδί, στην λεπτή κινητικότητα ή στην ανάπτυξη τότε πιθανά θα παρουσιάσει και δυσλεξία. Στοιχεία που μπορούν να προιδεάσουν έναν παιδαγωγό σε διάγνωση ή υποψίες για δυσλεξία, ώστε να παραπέμψει τους γονείς για διάγνωση στο ΚΕ.Δ.Δ.Υ(Κέντρο Διαφοροδιάγνωσης, Διάγνωσης και Υποστήριξης ειδικών Εκπαίδευσης Αναγκών, σύμφωνα με τον Ν. 3699 /2008), είναι τα φωνολογικά ελλείμματα, ελλείμματα κατανόησης, δυσκολίες στον προσανατολισμό στον χώρο και χρόνο, λάθη στην ορθογραφία, ανικανότητα στην ευχέρεια του λόγου, στην ανάγνωση και στον συλλαβισμό, δυσνόητο τρόπο γραφής, ελλείμματα οργάνωσης και προσοχής, μειωμένη αυτοπεποίθηση και αίσθημα αποστροφής από το σχολικό περιβάλλον.

Η δυσλεξία λοιπόν, συνυπάρχει με την ΔΕΠ-Υ σε ποσοστό 40% και σε αυτή την περίπτωση τα άτομα παρουσιάζουν ελλείμματα εκτελεστικού ελέγχου και γνωστικών ικανοτήτων. Παρουσιάζουν δυσκολίες συμπεριφοράς, μαθησιακές δυσκολίες και ομιλίας, ενώ τα αγόρια και πάλι είναι πιο συχνό να εμφανίσουν μαθησιακές δυσκολίες σε ποσοστό 40%. Σε μελέτες που έχουν διενεργηθεί τα παιδιά το 70% παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει δυσλεξία (Mayesetal., 2006). Το κοινό τους χαρακτηριστικό είναι οι δυσκολίες στην ανάγνωση για αυτό και η δυσλεξία συνυπάρχει κυρίως με τον απρόσεκτο τύπο της ΔΕΠ-Υ (Willcuttetetal., 2000; Mayesetal., 2007). Επίσης, έντονα παρατηρούνται τα προβλήματα συμπεριφοράς, καθώς και η αποστροφή από το σχολικό περιβάλλον (Willcuttetetal., 2001).

Η δυσαριθμησία από την άλλη ή δυσκαλκουλία, αφορά κυρίως στον τομέα των μαθηματικών. Χαρακτηριστικά της δυσαριθμησίας είναι η αδυναμία κατανόησης των αριθμών, εύρεσης σωστών μαθηματικών πράξεων και επίλυση προβλημάτων. Θεωρείται εγγενής διαταραχή εγκεφάλου με αναπτυξιακή ανωριμότητα στις μαθηματικές

ικανότητες (Μέτταet.al., 2018). Δεν επηρεάζεται από τον δείκτη νοημοσύνης, αφού τυπικά αναπτυσσόμενα παιδιά μπορούν να παρουσιάσουν. Για αυτή την διαταραχή κυρίως ευθύνεται η δυσλειτουργία του γνωστικού τομέα και το Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (Μέτταet.al., 2018). Τα συμπτώματα που παρατηρούνται κυρίως στην δυσαριθμησία και που διαφέρουν από άτομο σε άτομο είναι δυσκολία αντίληψης συγκεκριμένων μορφών όπως η ώρα σε αναλογικό ρολόι, δυσκολία αντίληψης εννοιών όπως Νότος Βορράς(Παπαναστασίου, 2013), δυσκολία οργάνωσης σε χωροχρονικά πλαίσια (Τσομπόλη, 2016), ελλείμματα μνήμης(Μαντζανά; Νικολόπουλος, 2016), δυσγραφία αριθμών, αντιστροφή αριθμών(Τσομπόλη, 2016), αδυναμία αποτύπωσης αριθμών κατά την αντιγραφή ή την ανάγνωση (Τσομπόλη, 2016), δυσκολία απαρίθμησης (Πλεμμένου; Νικολόπουλος, 2016), δυσκολία αντίστροφης μέτρησης (Παπαναστασίου, 2013).

Υπάρχουν δύο τύποι δυσαριθμησίας η Εξελικτική ή Αναπτυξιακή, που εμφανίζεται στις πρώτες τάξεις του Δημοτικού (Μέτταet.al., 2018) και η Επίκτητη, η οποία εμφανίζεται κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή που μαρτυρά εγκεφαλική βλάβη από ατύχημα στο ΚΝΣ (Drigasetal., 2015). Σε ποσοστό 20% παρουσιάζεται συνύπαρξη ΔΕΠ-Υ και δυσαριθμησίας(Gross- Tsuret.al, 1996). Η κακή απόδοση στα Μαθηματικά σε αυτή την περίπτωση επηρεάζει την γενικότερη ακαδημαϊκή εικόνα του παιδιού. Δυσκολίες αφορούν την προσοχή, την μνήμη, την αντίληψη χρόνου και χώρου και την ακουστική επεξεργασία δεδομένων(Περικλειδάκης, 2003). Εμφανίζεται με την ίδια συχνότητα τόσο σε αγόρια όσο και σε κορίτσια.

2. Εργαλεία Διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ

2.1 Διεθνή Εργαλεία Διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ

Η πρόωμη και έγκυρη διάγνωση είναι απαραίτητη για κάθε διαταραχή, ώστε να υπάρξει η καλύτερη πιθανά και πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση του προβλήματος. Όσον αφορά την ΔΕΠ-Υ, υπάρχουν τόσο Διεθνή όσο και Ελληνικά εργαλεία διάγνωσης που αφορούν τόσο τον παιδικό όσο και τον ενήλικο πληθυσμό. Μερικές εξειδικευμένες δοκιμασίες που χορηγούνται σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠ-Υ είναι η δοκιμασία έγχρωμης ιχνιλάτησης παιδιών (CCTT), το τεστ των μεταβλητών προσοχής (TOVA), η δοκιμασία συνεχούς επίδοσης (CPT), η κλίμακα γονέων Conners (Conners' Parent Rating Scale, CPRS), η λίστα ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς (CBCL), η συνεχής οπτική και ακουστική δομή επιδόσεων (IVA-CPT), η οπτική αναλογική κλίμακα (VAS), η ημιδομημένη συνέντευξη γονέων αποτελούμενη από 30 ερωτήσεις (APA-RAD), το τεστ ελεγχόμενης σχέσης προφορικής λέξης (COWAT) και η κλίμακα εκπαιδευτικών Conners (Conners' Teacher Rating Scale CTRS).

Δοκιμασία έγχρωμης ιχνιλάτησης παιδιών (Children's Color Trails Test (CTT))

Είναι μια νευροψυχολογική δοκιμασία που έχει χρησιμοποιηθεί σε μελέτη που έχει διεξαχθεί σε ελληνόφωνο πληθυσμό. Το 2015 δημοσιεύτηκε μια μελέτη στην οποία συμμετείχαν 709 παιδιά από την Κύπρο ηλικίας 7-16 ετών, της οποίας σκοπός ήταν η παροχή κανονιστικών δεδομένων για την CCTT. Τα αποτελέσματα αυτής της μελέτης υποδεικνύουν την ανάγκη για την στάθμιση της στον ελληνικό πληθυσμό, καθώς αποτελεί μια δοκιμασία για την εκτίμηση της προσοχής, ταχύτητας της νοητικής επεξεργασίας στα παιδιά. Έχει χρησιμοποιηθεί για νευρολογικές και ψυχιατρικές διαταραχές όπως επιληπτικές κρίσεις, τραύματα στον εγκέφαλο, μαθησιακές/γλωσσικές δυσκολίες, ΔΕΠ-Υ και σε παιδιά διαγνωσμένα με Ιό HIV. Έπειτα από τις έρευνες που έγιναν από τους (Konstantopoulos; Vogazianos; Thodi; Nikopoulou-Smyrn, 2015) διαπιστώθηκε ότι η συγκεκριμένη δοκιμασία επηρεάζεται τόσο από την ηλικία όσο και από το φύλο, αφού όπως έγινε φανερό παιδιά μεγαλύτερων ηλικιών έκαναν λιγότερα λάθη.

Τεστ των μεταβλητών προσοχής «Test of Variables of Attention» (TOVA)

Είναι ένα συνεχές ηλεκτρονικό τεστ απόδοσης που αξιολογεί ορισμένα στοιχεία προσοχής, όπως ο χρόνος απόκρισης σε ένα ερέθισμα και τα σφάλματα λόγω απροσεξίας και παρορμητικότητας. Χορηγήθηκε σε ενήλικες ηλικίας 24-78 από την Βραζιλία, στους οποίους προηγουμένως είχε χορηγηθεί το MMSE (Mini Mental State Examination), MOCA (Montreal Cognitive Assessment), DigitSpan και DigitSymbol (Wechsler Intelligence Scale for Adults, WAIS-II) και TrailMakingTest. Επηρεάζεται από το φύλο και όχι τόσο από την ηλικία ή την εκπαίδευση (Bhakta; Young, 2017).

Δοκιμασία συνεχούς επίδοσης «Continuous Performance Test» (CPT)

Έχει χρησιμοποιηθεί και κατασκευαστεί για άτομα με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα και σύνδρομο Tourette, όπου και στις δυο περιπτώσεις εμφανίζεται έκπτωση του γνωστικού ελέγχου και της προσοχής. Είναι μια εργασία συνεχούς απόδοσης 5 επιλογών για την μέτρηση της επαγρύπνησης, αναστολής, απόκρισης, προσοχής και γνωστικού ελέγχου (Bhakta; Young, 2017).

Κλίμακα γονέων Conners «Conners' Parent Rating Scale» (CRPS)

Έχει χρησιμοποιηθεί για την μέτρηση προβλημάτων συμπεριφοράς σε δοκιμές φαρμάκων σε παιδιά, καθώς και στις παρενέργειες που δημιουργούνται εξαιτίας των φαρμάκων (PalDK; Chaudhury; Das; Sengupta, 1999).

Λίστα ελέγχου παιδικής συμπεριφοράς «ChildBehaviorChecklist» (CBCL)

Αποτελεί λίστα ελέγχου συμπεριφοράς του παιδιού. Μπορεί οι βαθμολογίες CBCL να αύξησαν την ανάγκη για εξειδικευμένη φροντίδα, αλλά η συνολική αξιολόγηση κάθε παιδιού με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ είναι απαραίτητη για την διαφοροποίηση μεταξύ άλλων επιπέδων φροντίδας (Levelink; Feron; Dompeling, 2020).

Συνεχής οπτική και ακουστική δομή επιδόσεων «Integrated Visual Auditory Continuous Performance Test» (IVA-CPT)

Ελέγχει την προσοχή και απόκριση μέσω οπτικών και ακουστικών ερεθισμάτων σε ένα παιδιατρικό δείγμα πρωτοβάθμιας φροντίδας. Στην έρευνα με 191 συμμετέχοντες ηλικίας 7-13 ετών, διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ έχουν οπτικά και ακουστικά ελλείμματα, ελλείμματα, λεπτής κινητικότητας, αισθητηριακά ελλείμματα, απροσεξία,

ελλείμματα ταχύτητας νοητικής επεξεργασίας, καθώς και απώλεια συγκέντρωσης σε οπτικά ερεθίσματα (Moreno-GarcíaI; Delgado-Pardo; Roldán-Blasco, 2015).

2.2. Ελληνικά εργαλεία διάγνωσης της ΔΕΠ-Υ

Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια διαταραχή νευροαναπτυξιακής φύσεως που διαφέρει σημαντικά σε όλους τους άξονες που την συνιστούν, γεγονός που ορίζει την διάγνωση της αρκετά χρονοβόρα και απαιτητική καθώς θεωρείται αναγκαία η ακριβής μελέτη και ο σωστός υπολογισμός όλων των παραγόντων της διαταραχής που την περιβάλλουν.

Η διάγνωση της διαταραχής γίνεται με βάση τα κριτήρια τα οποία έχει καθορίσει η Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία (American Psychiatric Association , APA). Επιπρόσθετα μία σωστή και εμπειρισταωμένη διάγνωση αποτελείται από τα αποτελέσματα που προκύπτουν μέσω της χρήσης διάφορων εργαλείων διάγνωσης της διαταραχής. Στο κεφάλαιο αυτό θα επισημανθούν τα διαγνωστικά εργαλεία ανίχνευσης της διαταραχής που είναι σταθμισμένα στα ελληνικά.

Ξεκινώντας, το πρώτο διαγνωστικό εργαλείο της διαταραχής που θα αναφερθεί είναι η Ελληνική κλίμακα αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ Καλαντζή-Αζίζι(2012).

Η κλίμακα αποτελείται από δεκαοχτώ ερωτήσεις και συμπληρώνεται από τους και τους εκπαιδευτικούς, αμφότερα.Οι ερωτήσεις αφορούν δύο τομείς: τον τομέας της Ελλειμματικής Προσοχής και τον τομέα της Υπερκινητικότητας-Παρορμητικότητας.Οι απαντήσεις που ενδέχεται να δοθούν διαχωρίζονται σε τρεις βαθμίδες από το 0 έως το 3.

Με τη συμπλήρωση της κλίμακας λοιπόν ξεκινάει ο πρώτος αδρός εντοπισμός των παιδιών που πιθανώς να παρουσιάζουν την κλινική εικόνα της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ. Εφόσον η κλίμακα έχει συμπληρωθεί και πληρούνται τα κριτήρια της, συνεπάγεται η παραπομπή σε διεπιστημονική ομάδα η οποία θα πραγματοποιήσει την τελική αξιολόγηση και διάγνωση.

Στην συνέχεια το δεύτερο διαγνωστικό εργαλείο που θα παρουσιαστεί αφορά την διαδικασία της τυπικής κλινικής συνέντευξης.

Η διάγνωση που προκύπτει μέσω αυτής της διαδικασίας ουσιαστικά πραγματοποιείται βάσει πληροφοριών που αντλούνται από τη συνέντευξη γονιών, παιδιού και εκπαιδευτικών, οι οποίες αξιολογούνται με γνώμονα τα κριτήρια του DSM-IV, για να μπορέσει να καθοριστεί εάν το άτομο έχει ΔΕΠ-Υ ή μη. Οι πληροφορίες που συλλέγονται από τους γονείς και από τους εκπαιδευτικούς αφορούν κυρίως την συμπεριφορά του παιδιού σε διαφορετικά πλαίσια αλλά και το πώς

αλληλεπιδρά σε διάφορα ερεθίσματα που είναι πιθανό να δεχτεί. Επιπλέον, επικεντρώνονται στο πώς ένα παιδί λειτουργεί ως μαθητής στην τάξη ή αργότερα στο διάβασμα στο σπίτι, πώς το επηρεάζουν τα συμπτώματα που εμφανίζει και για πόσο χρονικό διάστημα αποτελούν πρόβλημα για το ίδιο, ή ακόμα σε ποιες καταστάσεις επηρεάζεται η συμπεριφορά του και σε ποιες χειροτερεύει. Τέλος, αναπόσπαστο κομμάτι της συνέντευξης των εκπαιδευτικών του παιδιού, είναι η ενημέρωση από αυτούς σχετικά με το πρόγραμμα τάξης που έχουν επιλέξει με σκοπό να βοηθήσουν την εξάλειψη της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ.

Ένα επιπλέον διαγνωστικό εργαλείο που μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε για την διάγνωση της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ, είναι οι τεχνολογίες αισθητήρων μέτρησης βιοδεικτών, κοινώς η διαδικασία ηλεκτροεγκεφαλογραφήματος (ΗΕΓ) (Φλωρά, 2020). Η ραγδαία εξέλιξης της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας, συνέβαλλε σημαντικά έτσι ώστε να μπορεί να θεωρηθεί ανιχνευτικό εργαλείο της διαταραχής της ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, η μέτρηση της ηλεκτρικής δραστηριότητας των νευρώνων του εγκεφάλου.

Ουσιαστικά, πρόκειται για την εφαρμογή αισθητήρων στην περιοχή του κρανίου με αποτέλεσμα την καταγραφή της δραστηριότητας του εγκεφάλου που είναι ικανή να ορίσει ανάλογα με τον ρυθμό των κυμάτων του εγκεφάλου αν υπάρχει ή όχι η διαταραχής της ΔΕΠ-Υ. Ένα από τα χαρακτηριστικά του ΗΕΓ που σχετίζεται με την ΔΕΠΥ, είναι ο αυξημένος ρυθμός των κυμάτων.

Εν κατακλείδι, το τελευταίο διαγνωστικό εργαλείο που θα επισημανθεί είναι ένα ερωτηματολόγιο που απευθύνεται στην πρόωμη ιχνηλάτηση και τελική ανίχνευση της παρουσίας συμπτωμάτων ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας. Το ερωτηματολόγιο Conners αποτελείται από είκοσι-οχτώ ερωτήσεις συνολικά που αφορούν την γενική συμπεριφορά του παιδιού και συμπληρώνεται από τους εκπαιδευτικούς. Απευθύνεται κυρίως σε παιδιά ηλικίας τεσσάρων έως και δέκα- επτά ετών. Είναι μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα και έχει σταθμιστεί αντίστοιχα για ελληνικό σχολικό πληθυσμό (Roussoset, al., 1999).

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

3. Μεθοδολογία έρευνας

3.1 Σκοπός της έρευνας

Με αφορμή την εκπόνηση και τελική ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας μας , κρίθηκε απαραίτητη η έναρξη μιας έρευνας σχετικά με την πιλοτική χορήγηση των δύο διαγνωστικών εργαλείων για την διάγνωση της διαταραχής της ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).

Για την επίτευξη αυτής της ερευνητικής διαδικασίας αρχικά χορηγήσαμε δύο σκέλη του ερωτηματολογίου αξιολόγησης Achenbach (Achenbach; Rescorla 2009). Το πρώτο σκέλος σχετίζεται με το ερωτηματολόγιο CBCL, το οποίο αναφέρεται στην αξιολόγηση του παιδιού από τους γονείς του ενώ το δεύτερο σκέλος σχετίζεται με το ερωτηματολόγιο TRF, όπου αναφέρεται στην αξιολόγηση του ίδιου παιδιού από τον εκπαιδευτικό του. Έπειτα, χορηγήσαμε συμπληρωματικά τα ερωτηματολόγια της ελληνικής κλίμακας αξιολόγησης Καλαντζή-Αζίζι όπου εμπεριέχουν 30 ερωτήσεις πρώιμης ανίχνευσης παιδιών που εμφανίζουν συμπτώματα της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ. Όλα τα ερωτηματολόγια των διαγνωστικών εργαλείων ανίχνευσης της διαταραχής, αριθμήθηκαν με αύξοντα αριθμό, ο οποίος αντιστοιχούσε σε κάθε παιδί ξεχωριστά με σκοπό την εξασφάλιση της διατήρησης της ανωνυμίας των συμμετεχόντων και χορηγήθηκαν σε δημοτικό σχολείο της περιφέρειας Ηπείρου σε παιδιά Γ' τάξης, ηλικίας 9 ετών.

Το τελικό δείγμα που συγκεντρώθηκε για περαιτέρω διερεύνηση αντιστοιχεί σε 22 παιδιά, όπου τα 10 αφορούν αγόρια και τα υπόλοιπα 12 αφορούν κορίτσια, τα οποία αξιολογήθηκαν από την οπτική γωνία των γονέων και των εκπαιδευτικών τους με σκοπό την σκιαγράφηση της συμπεριφοράς τους για τις σχολικές και τις εξωσχολικές ώρες, αλλά και για τον χρόνο που περνούν μέσα στο σπίτι.

Αφού συλλέξαμε τα ερωτηματολόγια, κατηγοριοποιήσαμε και βαθμολογήσαμε τα δεδομένα με άξονα τους οδηγούς βαθμολόγησης που παρείχε το κάθε διαγνωστικό εργαλείο.

Τέλος, τα δεδομένα, μεταφέρθηκαν σε υπολογιστικά φύλλα του excel με στόχο την τελική τους ανάλυση αλλά και την εξαγωγή συμπερασμάτων της έρευνας.

4. Παρουσίαση δύο διαγνωστικών εργαλείων της ΔΕΠ-Υ

4.1 Το ερωτηματολόγιο του ACHENBACH(Σύστημα ΣΑΕΒΑ)

Το σύστημα Achenbach για εμπειρικά βασισμένη αξιολόγηση ASEBA/ΣΑΕΒΑ συγκροτεί ένα ολοκληρωμένο σύνολο εργαλείων για την αξιολόγηση των συμπεριφορικών και συναισθηματικών προβλημάτων καθώς και για την εκτίμηση των ικανοτήτων προσαρμοστικής λειτουργικότητας σε ένα ευρύ ηλικιακό φάσμα με έναν εύχρηστο, έγκυρο και αποτελεσματικό τρόπο.

Οι ηλικίες στις οποίες απευθύνεται οριοθετούνται από την ηλικία των 1,5 ετών έως τα 90 έτη. Τα ερωτηματολόγια που περιλαμβάνει το σύστημα ΣΑΕΒΑ, διακρίνονται σε μια κατηγορία για ηλικίες από 1,5 έως 18 ετών και σε μια κατηγορία για ηλικίες από 18 έως 90 (Ρούσσου,2003).

Το ASEBA/ΣΑΕΒΑ, δημιουργήθηκε ύστερα από προσπάθειες εντοπισμού των συνδρόμων που συνυπάρχουν μαζί με άλλα προβλήματα στα παιδιά που παρουσιάζουν διαταραχές, την στιγμή που η Αμερικανική Ψυχιατρική Ένωση (APA) παρείχε μόνο δύο διαγνωστικές κατηγορίες για την παιδική ψυχοπαθολογία(Achenbach,1996).

Σκοπός των εργαλείων αξιολόγησης είναι να ανιχνεύσουν τις αποκλίσεις και τα προβλήματα προσαρμοστικής λειτουργικότητας που παρουσιάζουν τα παιδιά μέσα από εκθέσεις και αναφορές του κοινωνικού και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος δηλαδή γονείς, εκπαιδευτικοί, συγγενείς και φροντιστές, οι οποίοι πλέον ονομάζονται αξιολογητές (Achenbach; Rescorla,2001).

Τα εργαλεία αξιολόγησης που συναποτελούν το σύστημα ΣΑΕΒΑ, είναι τρία ερωτηματολόγια τα οποία, λειτουργούν βάσει εμπειρικών κλιμάκων που είναι σταθμισμένες και εναρμονισμένες σύμφωνα με το DSM. Με αυτόν τον τρόπο προσφέρουν ασύγκριτο όφελος κλινικά αλλά και εξατομικευμένη πληροφόρηση μιας και εκτός από τις διαταραχές ανιχνεύουν και τα θετικά στοιχεία του ατόμου. Ακόμη μέσω της διαδικασίας συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων ο ειδικός λαμβάνει ένα προφίλ συμπεριφοράς του ατόμου και από την οπτική γωνία των αξιολογητών. Τα εργαλεία αυτά ωφελούν επαγγελματίες διαφόρων ειδικοτήτων π.χ. παιδοψυχίατρους, εκπαιδευτικούς, παιδοψυχολόγους κλπ. να αποκτούν γρήγορα και με χαμηλό κόστος σταθμισμένα δεδομένα για ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών των παιδιών.

Τα ερωτηματολόγια ΣΑΕΒΑ έχουν την μορφή έντυπου ερωτηματολογίου που εντοπίζουν τις ομοιότητες αλλά και τις διαφορές της λειτουργικής συμπεριφοράς των

παιδιών σε διαφορετικές συνθήκες ή πλαίσια και με διαφορετικούς ανθρώπους. Το σύστημα Achenbach περιλαμβάνει το Ερωτηματολόγιο για Γονείς (για παιδιά ηλικίας 6-18 ετών), το Ερωτηματολόγιο για Εφήβους και το Ερωτηματολόγιο για Εκπαιδευτικούς. Έτσι τα προφίλ που προκύπτουν από τη βαθμολόγηση των ερωτηματολογίων μπορούν να συγκριθούν μεταξύ τους. Κατά τη χορήγηση του ερωτηματολογίου ο ειδικός θα πρέπει να εξηγεί ότι ο στόχος της συμπλήρωσης είναι να ληφθεί μια εικόνα της συμπεριφοράς του παιδιού όπως τη βλέπει ο αξιολογητής, για να εντοπίσουμε συμφωνίες και ασυμφωνίες στις απόψεις που έχει ο καθένας από τους αξιολογητές για το παιδί.

Τα ερωτηματολόγια του ΣΑΕΒΑ συμπληρώνεται σε 15-20 λεπτά.

Τα ερωτηματολόγια αναφέρονται ως εξής:

α) CBCL (ChildBehaviorChecklist), το οποίο συμπληρώνεται από του γονείς ή από άλλα άτομα που ζουν μαζί με το παιδί,

β) YSR (YouthSelfReport), όπου έφηβοι ηλικίας 11 έως 18 ετών, περιγράφουν μόνοι τους την λειτουργικότητα τους,

γ) TRF (Teacher'sReportForm), το οποίο συμπληρώνεται από εκπαιδευτικούς ή από άλλο σχολικό προσωπικό που γνωρίζει το παιδί για παραπάνω από 2 μήνες (Achenbach, 1991; Edelbrock 1983).

Στο ερωτηματολόγιο CBCL, τα ερωτήματα βαθμολογούνται από τον αξιολογητή με 0,1 ή 2 όπου αντιστοιχεί σε: 0- αυτό δεν ταιριάζει στο παιδί, 1-ταιριάζει κάπως/ μερικές φορές και 2-ταιριάζει πολύ.

Συμπληρώνονται πρώτα οι δημογραφικές πληροφορίες για το παιδί και στην συνέχεια στοιχεία για την επαγγελματική αποκατάσταση των γονέων με στόχο την εκτίμηση κοινωνικοοικονομικού επιπέδου που εντάσσεται η οικογένεια. Στην συνέχεια ο αξιολογητής συμπληρώνει στις σελίδες 1 και 2 τα στοιχεία που αφορούν τις ικανότητες του παιδιού. Στις σελίδες 3 και 4 ο αξιολογητής αξιολογεί τα συναισθηματικά και κοινωνικά προβλήματα, καθώς και προβλήματα συμπεριφοράς. καταγράφονται όσα ο αξιολογητής θεωρεί ότι τον ανησυχούν καθώς και τα θετικά χαρακτηριστικά που προβάλλει το παιδί.

Τέλος, μετά την σύνοψη των απαιτούμενων στοιχείων σκιαγραφείται το προφίλ του παιδιού μέσα από τα μάτια του αξιολογητή(Achenbach; Rescorla,2000).

Στο ερωτηματολόγιο YSR, ο έφηβος συμπληρώνει μόνος του πρώτα τις δημογραφικές πληροφορίες που τον αφορούν και στην συνέχεια απαντά σε ερωτήματα που εντοπίζουν τις ικανότητες του. Ωστόσο οι περισσότεροι έφηβοι απαντούν με θετικά

σχόλια με αποτέλεσμα είτε να σκιαγραφούν σωστά την εικόνα τους είτε να διαστρεβλώνουν την πραγματικότητα. Η σελίδα 1 περιλαμβάνει δημογραφικές πληροφορίες. Η σελίδα 2 αναφέρετε σε παρόμοια στοιχεία με το CBCL. Οι σελίδες 3 και 4 περιέχουν στοιχεία για κοινωνικά επιθυμητές συμπεριφορές. Σε αυτό το εργαλείο ανίχνευσης έχει αφαιρεθεί η ενότητα για την επανάληψη τάξεων ή για την ειδική αγωγή καθώς οι έφηβοι είτε δεν θέλουν είτε δεν μπορούν να απαντήσουν με ακρίβεια είτε απαντούν ψευδώς. Συμπερασματικά, το YSR συμβάλλει στην σκιαγράφηση των απόψεων των νέων.

Στο ερωτηματολόγιο TRF, οι εκπαιδευτικοί ή άλλα μέλη σχολικού προσωπικού όπως βοηθοί δασκάλων, σύμβουλοι, διευθυντές και εκπαιδευτικοί ειδική αγωγής οι οποίοι γνωρίζουν πως λειτουργεί το παιδί στο σχολείο. Το μοτίβο συμπλήρωσης δημογραφικών πληροφοριών συνεχίζεται και σε αυτό το εργαλείο αξιολόγησης. Στην συνέχεια, στη σελίδα 1 έχουμε δημογραφικές πληροφορίες αναφορικά με το μαθητή. Στις δύο τελευταίες σελίδες ζητείται από τους αξιολογητές να βαθμολογήσουν τα προβλήματα συμπεριφορά/συναίσθημα και τα κοινωνικά προβλήματα του παιδιού με 0, 1 ή 2. Οι αξιολογητές οφείλουν να δηλώσουν α) ποιος είναι ο ρόλος τους στο σχολείο, β) πόσο καλά θεωρούν ότι γνωρίζουν το παιδί, γ) πόσο χρόνο της ημέρας περνούν μαζί του και δ) να δηλώσουν αν ο μαθητής έχει παραπεμφθεί σε τάξη ένταξης, ειδικής αγωγής ή συμπληρωματικής διδασκαλίας (Achenbach, 1966). Η αξιολόγηση τους βασίζεται σε μια περίοδο 2 μηνών και όχι 6 μηνών όπως γίνεται με το CBCL. Σε κάθε περίπτωση, τα εργαλεία αξιολόγησης χρησιμοποιούνται από ειδικούς καλά εκπαιδευμένους που είναι ικανοί να καθοδηγήσουν τους αξιολογητές.

Πιο συγκεκριμένα, εάν οι αξιολογητές δεν είναι σε θέση να συμπληρώσουν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια ΣΑΕΒΑ, ο ειδικός δίνει ένα αντίγραφο στον αξιολογητή, κρατάει ένα για τον εαυτό του και τον πληροφορεί ότι θα του διαβάσει τις ερωτήσεις και θα καταγράψει τις απαντήσεις του. Στην περίπτωση που οι αξιολογητές δεν παρουσιάζουν κανένα πρόβλημα ξεκινούν την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου χωρίς την υπαγόρευση του ειδικού (Achenbach; Verhulst, 2010).

Βαθμολόγηση Προφίλ των ερωτηματολογίων με το χέρι

Οι κλίμακες Ικανοτήτων CBCL, YSR, TRF βαθμολογούνται από ειδικούς για την εξαγωγή μιας πρώτης εικόνας συμπερασμάτων. Ουσιαστικά πρόκειται για την αδρή

δημιουργία ενός διαγράμματος όπου οι εκατοστιαίες θέσεις βρίσκονται στην αριστερή πλευρά και οι T τιμές στη δεξιά.

Οι εκατοστιαίες τιμές μας επιτρέπουν να συγκρίνουμε την αρχική βαθμολογία του παιδιού με τις εκατοστιαίες θέσεις του κοινοτικού δείγματος για να μπορέσουμε να ορίσουμε εάν το παιδί βρίσκεται σε φυσιολογικό, οριακά κλινικό ή κλινικό φάσμα. Πιο συγκεκριμένα, για το CBCL βγάζουμε 3 βαθμούς που αφορούν τις κατηγορίες α) Δραστηριότητες, β) Κοινωνική και γ) Σχολική Επίδοση όπου τους προσθέτουμε συνολικά για να μπορέσουμε να ανιχνεύσουμε σε ποιο φάσμα ανήκει η συνολική T τιμή.

Από το YSR, προκύπτει μια μέση τιμή για την Κλίμακα Δραστηριοτήτων αλλά και την Κοινωνική Κλίμακα. Σε αυτό το εργαλείο αξιολόγησης δεν περιλαμβάνεται η Σχολική Κλίμακα μιας και το παιδί δεν μπορεί να έχει αξιόπιστη και αντικειμενική εικόνα για τις επιδόσεις του.

Το TRF παρουσιάζει τιμές για μαθησιακή επίδοση στο σχολείο την οποία οι εκπαιδευτικοί βαθμολογούν σε μια κλίμακα 1-5 (1= πολύ πιο κάτω από το επίπεδο της τάξης, 2= κάπως πιο κάτω από το επίπεδο της τάξης, 3= στο επίπεδο της τάξης, 4= λίγο πιο πάνω από το επίπεδο της τάξης και 5= πολύ πιο πάνω από το επίπεδο της τάξης). Στην συνέχεια, αναφέρονται τα προσαρμοστικά χαρακτηριστικά δηλαδή πόσο σκληρά εργάζεται στο σπίτι, εάν συμπεριφέρεται σωστά, πόσο γρήγορα μαθαίνει αλλά και πόσο χαρούμενος είναι κατά τις σχολικές ώρες. τα οποία οι εκπαιδευτικοί βαθμολογούν σε μια κλίμακα 1-7 (1=πολύ λίγο, 2= λίγο λιγότερο, 3= ελάχιστα περισσότερο, 4= περίπου στο μέσο όρο, 5= ελάχιστα περισσότερο, 6=λίγο περισσότερο και 7= πολύ περισσότερο), σε σύγκριση με τους μέσους μαθητές της ίδιας ηλικίας. Το άθροισμα της βαθμολογίας των 4 χαρακτηριστικών της προσαρμοστικότητας κυμαίνεται από 4-28 (Achenbach; Rescorla; Maruish, 2004).

Προφίλ Συνδρόμων

Σύνδρομο είναι μια ομάδα προβλημάτων που τείνουν να εμφανίζονται μαζί και εκδηλώνονται κυρίως στην προσχολική-σχολική ηλικία.

Υπάρχουν κλίμακες 8 συνδρόμων. Διαβάζοντας από αριστερά προς τα δεξιά οι κλίμακες ορίζονται ως Άγχος/Κατάθλιψη, Απόσυρση/Κατάθλιψη, Σωματικά Ενοχλήματα, Κοινωνικά Προβλήματα, Προβλήματα Σκέψης, Προβλήματα Προσοχής (Υπερκινητικότητα/ Παρορμητικότητα), Παράβαση Κανόνων και Επιθετική Συμπεριφορά. Επιπλέον, υπάρχει άλλη μια υποκλίμακα που αναφέρεται σε άλλου είδους προβλήματα και πολλές φορές δεν συνυπολογίζεται για την εξαγωγή της τελικής T τιμής. Κάτω από κάθε κλίμακα υπάρχει το 0, 1, ή 2 που έχουμε βαθμολογήσει αντίστοιχα για την κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου. Τα στοιχεία εμφανίζονται συντετμημένα. Η συνολική βαθμολογία για κάθε κλίμακα συνδρόμου προκύπτει από το άθροισμα της βαθμολογίας 1 και 2 για όλα τα στοιχεία της κλίμακας. Σε αντίθεση με τις κλίμακες ικανοτήτων και προσαρμοστικότητας, οι υψηλές βαθμολογίες στις κλίμακες συνδρόμων επισημαίνουν δειλά μια κλινικά σημαντική απόκλιση από το φυσιολογικό γιατί αντανακλούν τη ύπαρξη πολυάριθμων προβλημάτων.Εν κατακλείδι, το σύστημα αξιολόγησης ASEBA/ΣΑΕΒΑ, δεν έχει μοναδικό στόχο την διάγνωση διαταραχών ή δυσκολιών που μπορεί να προβάλλει ένα παιδί αλλά επικεντρώνει την προσοχή του στην παροχή βοήθειας στον εκάστοτε ειδικό στον τομέα της παρέμβασης που θα ακολουθηθεί. Άλλωστε εξαιτίας αυτής της ιδιαιτερότητας τα εργαλεία ανίχνευσης Achenbach είναι παγκοσμίως αποδεκτά και χρησιμοποιούνται ευρέως για την εκτίμηση της προσαρμοστικής συμπεριφοράς και της ψυχοπαθολογίας παιδιών και εφήβων (Παπανίκα,2016).

4.2 Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ/Υ-IV

Τις τελευταίες δεκαετίες, όλο ένα και περισσότερο, παρατηρούνται παιδιά, τα οποία δίνουν δείγματα διάγνωσης και αξιολόγησης ΔΕΠ-Υ. Για την έγκυρη και ακριβή αξιολόγηση της διαταραχής ήταν απαραίτητος ο σχεδιασμός ενός σύντομου ερωτηματολογίου, από τους DuPaul, Power, Anastasopoulos, Reid (1991), προσβάσιμο και εύκολο στην χρήση τόσο από κλινικούς όσο και από γονείς και εκπαιδευτικούς. Το ερωτηματολόγιο λοιπόν, στο οποίο αναφερόμαστε ονομάζεται Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ, σύμφωνα με την τέταρτη έκδοση του DSM-IV. Ο σχεδιασμός του στηρίχτηκε στην ήδη υπάρχουσα Κλίμακα Αξιολόγησης, έχοντας ορισμένες διαφορές, ώστε να συνάδει με τα χαρακτηριστικά όπως φαίνονται στο DSM-IV (DuPaul, 1991), ενώ άλλαξε και ο τρόπος απάντησης με απαντήσεις κλειστού τύπου (π.χ. «σχεδόν ποτέ», «πολύ συχνά»), για να μπορέσει να γίνει διακριτή η συχνότητα με την οποία συμβαίνει κάθε συμπεριφορά. Τέλος, η κλίμακα είναι αντιπροσωπευτική και προσχεδιασμένη για παιδιά του πληθυσμού των ΗΠΑ, μεταφράστηκε όμως και προσαρμόστηκε στα ελληνικά δεδομένα και πληθυσμό από το 1999, περιλαμβάνοντας 2 φάσεις την πιλοτική και την κυρίως έρευνα.

Αρχικά, θα πρέπει να αναφερθούν οι δοκιμασίες προκριματικής αξιολόγησης, οι οποίες απευθύνονται σε όλα τα παιδιά, για τα οποία υπάρχουν υποψίες ύπαρξης κάποιας διαταραχής και είναι εξαιρετικά σημαντικές για την έγκυρη αξιολόγηση της διαταραχής. Μέσω αυτών των δοκιμασιών και των απαντήσεων που λαμβάνονται, μπορεί να γίνει ευκολότερα η κατάταξη ενός παιδιού ως προς τον βαθμό σοβαρότητας της διαταραχής σε υψηλό έως ήπιου κινδύνου (Καλατζή-Αζίζι, Αγγελή; Ευσταθίου υπό έκδοση). Επίσης, με αυτό το εργαλείο μπορούμε να είμαστε πιο σίγουροι για την διάγνωση, διότι είναι πιο «αντικειμενικό» σε σύγκριση με τα δεδομένα που συλλέγουμε από τους γονείς του εκάστοτε παιδιού (Μόττη Στεφανίδη; Richardso; Τσιάντης 2002). Οι κλίμακες αυτές απαντώνται από τους γονείς ή τους εκπαιδευτικούς (BussingSchuhmann; Belin; Widawski; Perwien 1998). Πρόκειται για πρώιμη αξιολόγηση, η οποία όμως ακολουθείται από εκτενέστερη κλινική εξέταση (Mahoney, 1998) (Lucaet.al., 2001). Η εγκυρότητα τους μπορεί να αμφισβητείται, δεν παύουν παρόλα αυτά να αποτελούν χρήσιμα ψυχομετρικά εργαλεία αξιολόγησης που γλυτώνουν χρόνο και χρήμα (Rescorla; Alley, 2001). Στην πιλοτική φάση παρουσιάζονται 2 ερωτηματολόγια, ένα που αφορά τους γονείς και ένα για τους εκπαιδευτικούς σύμφωνα με το DSM-IV.

Περιγραφή Κλίμακας

Η κλίμακα αυτή αποτελεί σημαντική πηγή πληροφόρησης για την πορεία του παιδιού μέσα από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς, καθώς και ενδεικτικό της συχνότητας των συμπεριφορών που παραπέμπουν σε ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με το DSM-IV. Η κλίμακα περιλαμβάνει 18 ερωτήσεις, για να μπορέσει να είναι όσο πιο σύντομη γίνεται, δίνοντας όμως την μεγαλύτερη ακρίβεια που μπορεί να προσφέρει. Περιλαμβάνει 4 απαντήσεις κλειστού τύπου που μπορούν να χρησιμοποιήσουν γονείς και εκπαιδευτικοί (0= σχεδόν ποτέ, 1=σπάνια, 2=αρκετές φορές, 3= πολύ συχνά) παραλείποντας σαν απάντηση την λέξη «συχνά». Οι ερωτήσεις με μονή αρίθμηση αντιστοιχούν στην ελλειμματική προσοχή, ενώ οι ερωτήσεις με ζυγή αρίθμηση αντιστοιχούν στην υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα, ώστε να μπορέσει να γίνει η συμπλήρωση με «αντικειμενικό» τρόπο και όχι επηρεαζόμενοι από τις προηγούμενες ερωτήσεις που έχουν απαντήσει ήδη. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αναφέρονται στη συμπεριφορά του παιδιού τους τελευταίους 6 μήνες.

Χορήγηση & Βαθμολόγηση

Χορηγείται, όπως έχει προαναφερθεί, σε γονείς και εκπαιδευτικούς, οι οποίοι στην αρχή θα πρέπει να συμπληρώσουν τα προσωπικά στοιχεία του παιδιού και στην συνέχεια να κυκλώσουν τις 18 ερωτήσεις που ακολουθούν με την απάντηση που θεωρούν ότι αντιστοιχεί κάθε φορά στο παιδί τους. Θα πρέπει όλες οι ερωτήσεις να είναι συμπληρωμένες, διαφορετικά θα πρέπει να ζητήσουμε να συμπληρωθούν, ενώ οι ερωτήσεις χωρίς απαντήσεις δεν συμπεριλαμβάνονται στην βαθμολογία. Σε περίπτωση που ένα ερωτηματολόγιο έχει περισσότερες από 3 ερωτήσεις αναπάντητες, δεν μπορεί να αποτελέσει διαγνωστικό εργαλείο σε καμία έρευνα. Το μέρος που αφορά την Ελλειμματική Προσοχή (ερωτήσεις 1,3,5,7,9,11,13,15,17) είναι οι 9 από τις 18 ερωτήσεις και η ίδια αντιστοιχία ισχύει και για την Υπερκινητικότητα- Παρορμητικότητα (2,4,6,8,10,12,14,16,18). Η αρχική βαθμολογία προκύπτει από το άθροισμα των 2 μερών του ερωτηματολογίου ξεχωριστά. Έπειτα τα αθροίσματα αυτά, δηλαδή των 9 πρώτων (Ελλειμματική Προσοχή) και 9 υπόλοιπων ερωτήσεων (Υπερκινητικότητα- Παρορμητικότητα), μετατρέπεται σε εκατοστιαίες τιμές βάση της βαθμολογίας που ορίζεται ανάλογα με την ηλικία και το φύλο του παιδιού. Οι εκατοστιαίες τιμές βρίσκονται στις ακραίες στήλες του προφίλ. Οι αρχικές τιμές μπορούν να αφορούν πολλές

μαζί εκατοστιαίες τιμές όμως θα πρέπει οι κλινικοί να αναφέρουν μόνο την χαμηλότερη από αυτές.

Η Πιλοτική έρευνα μεταφράστηκε και χορηγήθηκε το 1999-2000 (Αγγελή, 2000; Καλατζή-Αζίζι, 2000; Αγγελή; Καλατζή-Αζίζι, 2002). Εξαιτίας της μετατροπής από αγγλικά σε ελληνικά τροποποιήθηκαν κάποιες ερωτήσεις για να υποστηριχθούν στα ελληνικά.

Οποιαδήποτε κλίμακα και αν επιλέξουμε για την διεξαγωγή έρευνας ή ακόμη και για την χρήση της ως μέσο αξιολόγησης θα πρέπει να γνωρίζουμε κατά πόσο αυτή είναι αξιόπιστη και βοηθά στον έγκαιρο και ακριβή εντοπισμό της εκάστοτε διαταραχής, να εξετάσουμε δηλαδή την κλινική της αξία. Δύο βασικά χαρακτηριστικά που θα πρέπει να διαθέτει μια κλίμακα, έτσι ώστε να αποδειχθεί η ύπαρξη μιας διαταραχής, είναι η ευαισθησία, η οποία έγκειται, μέσω της βαθμολογίας, στο ποσοστό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ και μιλάμε σε αυτή την περίπτωση για παραγωγική διαδικασία, καθώς και η PPP(Positive Predictive Power), (Θετική Προβλεπτική Δύναμη), στην οποία η βαθμολογία είναι ίση ή μεγαλύτερη από την τιμή που έχει οριστεί, ενώ εδώ έχουμε επαγωγική διαδικασία. Αντίθετα, οι παράγοντες που απορρίπτουν την ύπαρξη της ΔΕΠ-Υ είναι η ειδικότητα, στην οποία η βαθμολογία ορίζεται κάτω από την τιμή που έχουμε ορίσει και ακολουθεί και αυτή την παραγωγική διαδικασία και η NPP(Negative Predictive Power), (Αρνητική Προβλεπτική Δύναμη), στην οποία φαίνεται από την χαμηλή βαθμολογία ότι ένα παιδί δεν λαμβάνει διάγνωση της διαταραχής. Σημαντικότερες θεωρούνται οι PPP και NPP για πολλούς ερευνητές (Chenetal., 1994; Landau; Stark, 1993).

Μέσα από την χορήγηση όλων αυτών των κλιμάκων και ερωτηματολογίων, καταλήγουμε τελικά στα παιδιά τα οποία παρουσιάζουν διάγνωση Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας. Το επόμενο βήμα που είναι απαραίτητο να ακολουθήσει είναι η παρέμβαση και αντιμετώπιση της διαταραχής όπου μπορεί να γίνει είτε μέσω παρέμβασης στην σχολική τάξη (Καλατζή-Αζίζι,1998; Αγγελή; Βλάχου 2004, Ζαφειροπούλου, 2004,Καλατζή-Αζίζι; Καραδήμας, 2004), είτε μέσω της εκπαίδευσης των γονέων και εκπαιδευτικών, είτε μέσω φαρμακευτικής αγωγής (Barkley 1998). Με αυτόν τον τρόπο θα επιτευχθεί ο σκοπός της θεραπευτικής παρέμβασης, που δεν είναι άλλος από την κοινωνική αποδοχή, την επίλυση των οικογενειακών προβλημάτων, την ενδυνάμωση της αυτοπεποίθησης του παιδιού, την μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ, όπως υπερκινητικότητα- παρορμητικότητα, ελλειμματική προσοχή (Taylor, 1995).

Όσον αφορά την φαρμακευτική αγωγή, για το χαρακτηριστικό της υπερκινητικότητας, συνήθως χορηγείται μεθυλφαινιδάτη, όπου έχει αποδειχθεί ότι βοηθά στην αντιμετώπιση αυτού του συμπτώματος μέσω της διέγερσης που προκαλεί στο ΚΝΣ. Λιγότερο συχνά, χορηγείται δεξαμεταμίνη και πεμολίνη (Pelliamet.al., 1995). Μπορεί μέσα από έρευνες που έχουν διενεργηθεί από τους Rapportet.al., (1994), να έχει αποδειχθεί η θετική επίδραση της μεθυλφαινιδάτης, όμως υπάρχουν πολλές ανησυχίες γύρω από την φαρμακευτική αγωγή, εξαιτίας των παρενεργειών που προκαλούνται, για παράδειγμα αϋπνία, ευερεθιστότητα, ανορεξία ή το γεγονός ότι τα συμπτώματα καταστέλλονται για μερικές μόνο ώρες από την στιγμή που λαμβάνουν την αγωγή, ενώ μετά το πέρας της δράσης τους ξανά εμφανίζονται ακόμη εντονότερα. Τέλος, υπάρχει ο φόβος εξάρτησης, κυρίως από τους έφηβους, ενώ φαίνεται ότι το 30% των παιδιών που έχουν λάβει την θεραπεία αυτή δεν ανταποκρίνονται. Ένας άλλος τρόπος αντιμετώπισης της υπερκινητικότητας είναι μέσω των γνωσιακών-συμπεριφορικών τεχνικών (Ervin; Banker; DuPaul, 1996; Αγγελήet.al., 2004). Αυτές περιλαμβάνουν δοκιμασίες για βελτίωση των αποδόσεων ως προς την προσοχή (Φατουρού, 1977), την διαχείριση θυμού (Eis 1992), την ενδυνάμωση της αυτοεκτίμησης (Ervin, 1996), την βελτίωση των ακαδημαϊκών και κοινωνικών επιδόσεων (Carr, 1999) και τη διαχείριση της παρορμητικότητας (Ronen, 1999). Μέσα στην διαδικασία σημαντικό ρόλο διαδραματίζει η οικογένεια (Taylor, 1992). Θα πρέπει όλα τα μέλη της οικογένειας να εκπαιδευτούν κατάλληλα ώστε να μπορούν να αναγνωρίζουν και να κατανοούν τα συμπτώματα και να προσαρμόσουν την συμπεριφορά τους στις υπάρχουσες συνθήκες, συμβάλλοντας έτσι στην βελτίωση της πορείας της διαταραχής του παιδιού (Κάκουρος; Μανιαδάκη, 2000).

Εύλογα, καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι ο συνδυασμός ψυχολογικών παρεμβάσεων και φαρμακευτικής αγωγής και όχι η μεμονωμένη χρήση τεχνικών εφαρμογών, συμβάλει ουσιαστικά στην άμεση και αποτελεσματική αντιμετώπιση και των συμπτωμάτων της διαταραχής (Carr, 1999).

5. Αποτελέσματα

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε σε πολλαπλά επίπεδα.

a. Αρχικά αναλύθηκαν οι απαντήσεις των γονέων στην κλίμακα CBCL του Achenbach όπου αφορούν δύο κλίμακες: (α) την κλίμακα συνδρόμων και (β) την κλίμακα ικανοτήτων. Ως προς την κλίμακα συνδρόμων αναλύθηκαν οι απαντήσεις στις υποκλίμακες: I. Άγχους-κατάθλιψης, II. Απόσυρσης-κατάθλιψης, III. Σωματικών ενοχλημάτων, IV. Κοινωνικών Προβλημάτων, V. Προβλημάτων σκέψης, VI. Προβλημάτων προσοχής, VII. Παράβασης κανόνων και VIII. Επιθετικής συμπεριφοράς. Επισημαίνεται ότι οι υποκλίμακες I, II&III αφορούν στα εσωτερικευμένα προβλήματα, ενώ οι υποκλίμακες VI&VII αφορούν στα εξωτερικευμένα προβλήματα του ατόμου. Ως προς την κλίμακα ικανοτήτων, αναλύθηκαν οι απαντήσεις στις υποκλίμακες: α) δραστηριότητες που συμμετέχει το παιδί, β) κοινωνική επίδοση και, γ) σχολική επίδοση του παιδιού.

Ως προς την κλίμακα συνδρόμων, οι αρχικές απαντήσεις των γονέων στην κάθε υποκλίμακα μετατράπηκαν σε συνολικές τιμές T για κάθε υποκλίμακα, με σκοπό την αντιστοίχιση των συμπεριφορών του ατόμου σε φυσιολογικό, οριακά κλινικό ή κλινικό φάσμα. Ως προς την κλίμακα ικανοτήτων, πραγματοποιήθηκε μόνο ο υπολογισμός της τελικής τιμής T που αφορά στη σχολική επίδοση του παιδιού.

b. Σε δεύτερο επίπεδο, αναλύθηκαν οι απαντήσεις των εκπαιδευτικών στην κλίμακα TRF του Achenbach όπου αφορούσαν σε δύο κλίμακες: (α) την κλίμακα συνδρόμων και (β) την κλίμακα προσαρμοστικής λειτουργικότητας. Ως προς την κλίμακα συνδρόμων αναλύθηκαν οι απαντήσεις στις υποκλίμακες: I. Άγχους-κατάθλιψης, II. Απόσυρσης-κατάθλιψης, III. Σωματικών ενοχλημάτων, IV. Κοινωνικών Προβλημάτων, V. Προβλημάτων σκέψης, VI. Προβλημάτων προσοχής, VII. Παράβασης κανόνων και VIII. Επιθετικής συμπεριφοράς. Επισημαίνεται ότι οι υποκλίμακες I, II&III αφορούν στα εσωτερικευμένα προβλήματα, ενώ οι υποκλίμακες VI&VII αφορούν στα εξωτερικευμένα προβλήματα του ατόμου. Ως προς την κλίμακα προσαρμοστικής λειτουργικότητας, αναλύθηκαν οι απαντήσεις στις υποκλίμακες: α) μαθησιακή επίδοση, β) σκληρή εργασία, γ) σωστή συμπεριφορά, δ) μάθηση και ε) πόσο χαρούμενο είναι το παιδί.

Ως προς την κλίμακα συνδρόμων, οι αρχικές απαντήσεις των γονέων στην κάθε υποκλίμακα μετατράπησαν σε συνολικές τιμές T για κάθε υποκλίμακα, με σκοπό την αντιστοίχιση των συμπεριφορών του ατόμου σε φυσιολογικό, οριακά κλινικό ή κλινικό φάσμα. Ως προς την κλίμακα προσαρμοστικής λειτουργικότητας, πραγματοποιήθηκε ο υπολογισμός της τελικής τιμής T που αφορά το άθροισμα όλων των στοιχείων από τις υποκλίμακες α, β, γ, δ και ε.

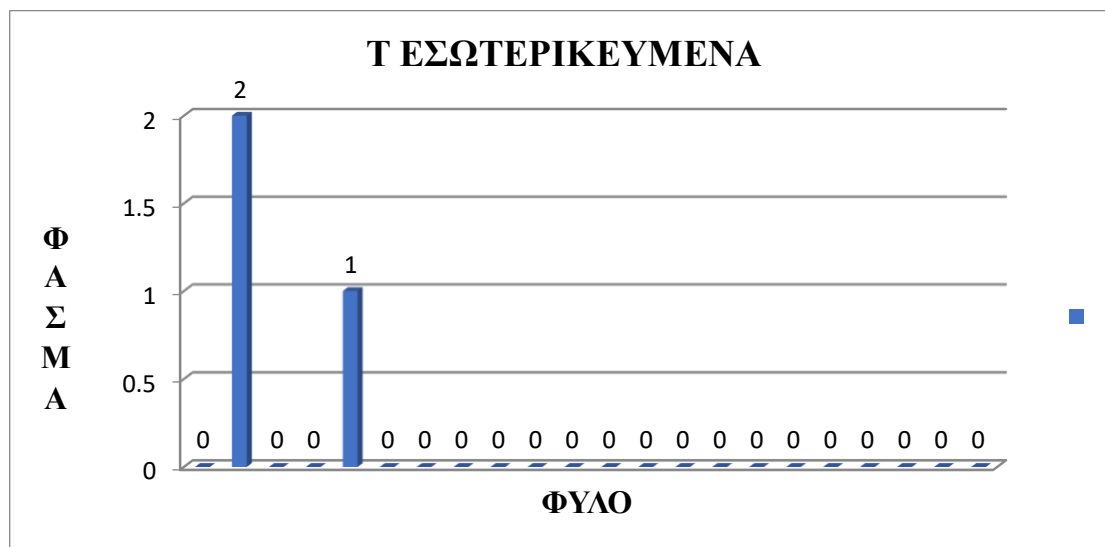
c. Σε ένα τρίτο επίπεδο, αναλύθηκαν οι απαντήσεις των γονέων αλλά και των εκπαιδευτικών για το ερωτηματολόγιο των Αζίζι-Καλαντζή με σκοπό τον εντοπισμό ή τον αποκλεισμό της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ.

Παρακάτω ακολουθούν τα δεδομένα, όπως αυτά προέκυψαν ανά επίπεδο ανάλυσης:

a. Κλίμακα CBCL- Κλίμακες Συνδρόμων:

Αρχικά αναλύσαμε τις απαντήσεις των γονέων ως προς τις συνολικές τιμές των εσωτερικευμένων προβλημάτων των μαθητών (Γράφημα 1).

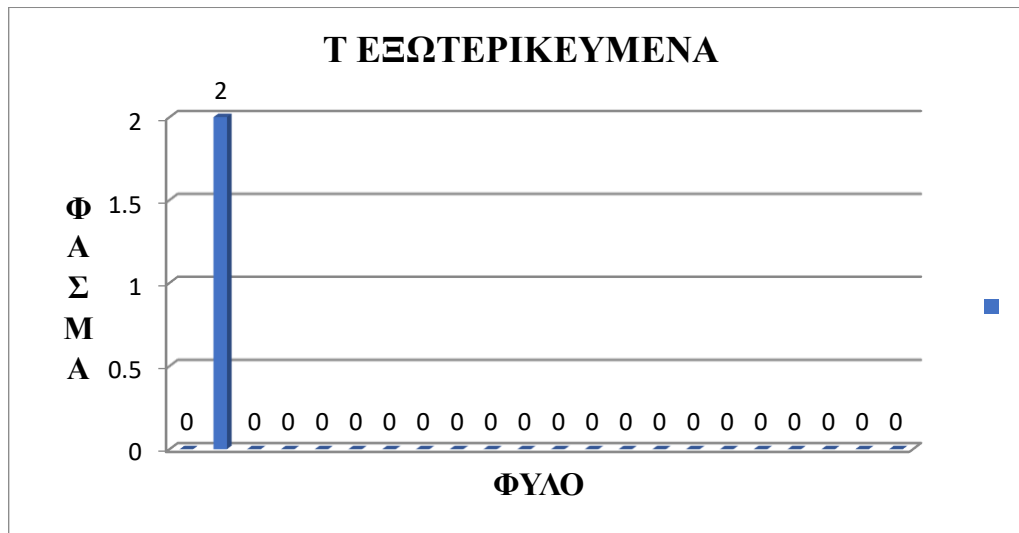
Γράφημα 1. Εσωτερικευμένα προβλήματα ως προς το φύλο.



Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό.ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

Στη συνέχεια, αναλύσαμε τις απαντήσεις των γονέων ως προς τις συνολικές τιμές των εξωτερικευμένων προβλημάτων των μαθητών (Γράφημα 2).

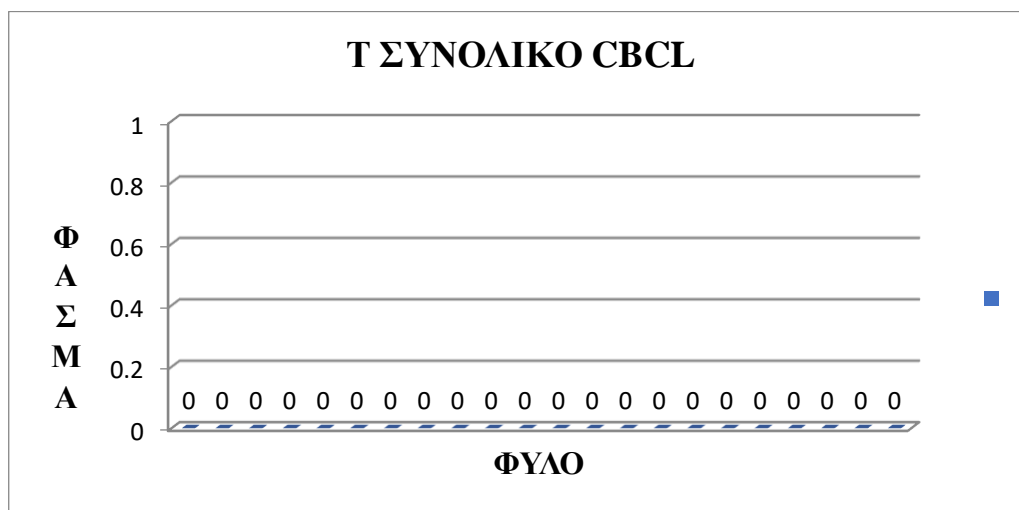
Γράφημα2. Εξωτερικευμένα προβλήματα ως προς το φύλο.



Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό.ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

Τέλος, αναλύσαμε τις απαντήσεις των γονέων ως προς την συνολική βαθμολογία των παιδιών. (Γράφημα 3).

Γράφημα3. Συνολικές Τιμές T ως προς το φύλο.



Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό.ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

Τ ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΥΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ

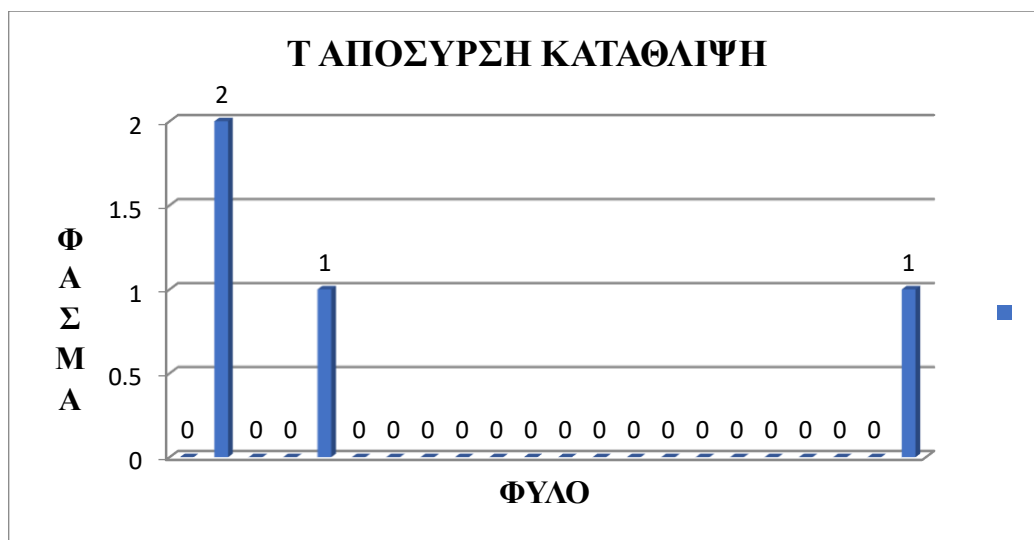
Εκτενέστερα, επικεντρωθήκαμε στον τομέα των εσωτερικευμένων προβλημάτων, αναλύοντας τα δεδομένα της κάθε υποκλίμακας μεμονωμένα. (Γραφήματα 4,5,6).

Γράφημα4. Η ανάλυση της υποκλίμακας I ως προς το φύλο.



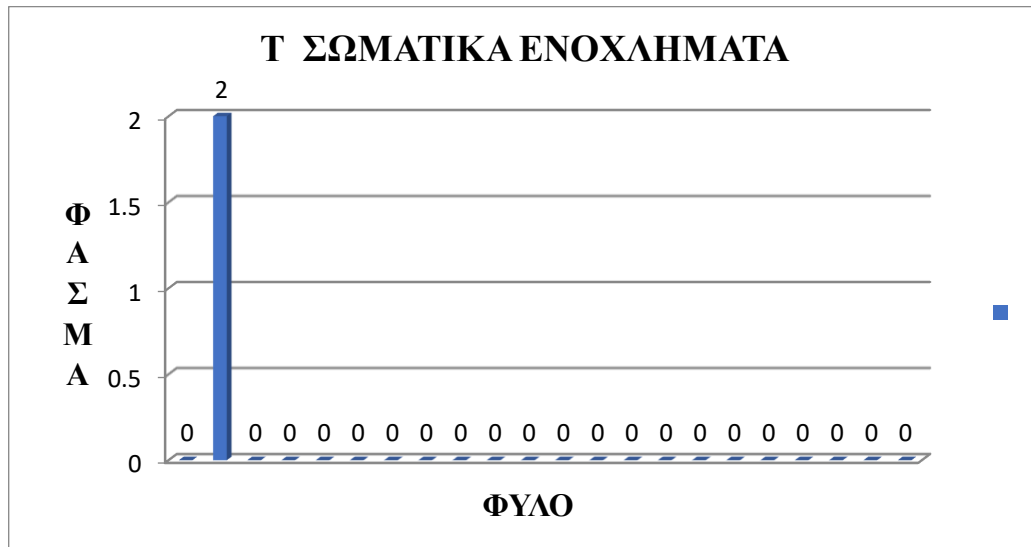
Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό.ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

Γράφημα5. Η ανάλυση της υποκλίμακας II ως προς το φύλο.



Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό.ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

Γράφημα6. Η ανάλυση της υποκλίμακας III ως προς το φύλο.

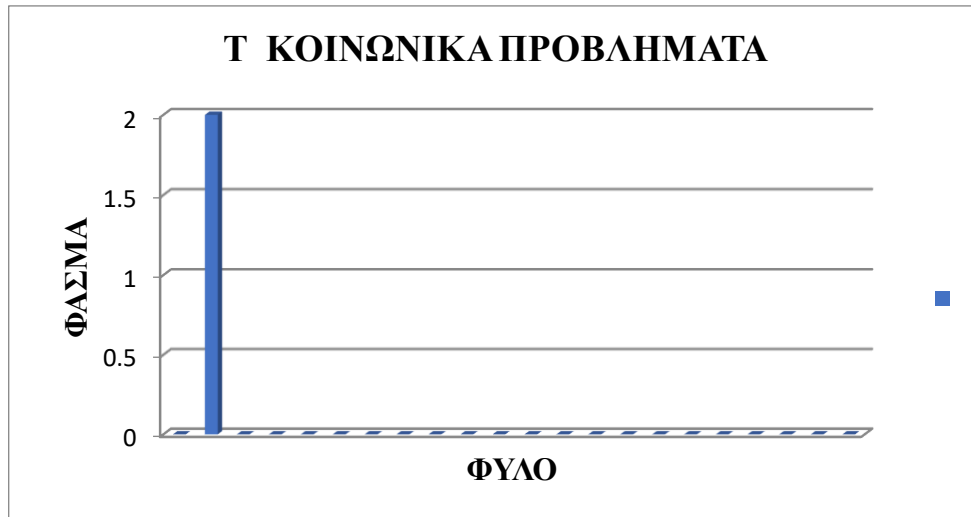


Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό.ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

Τ ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΥΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ

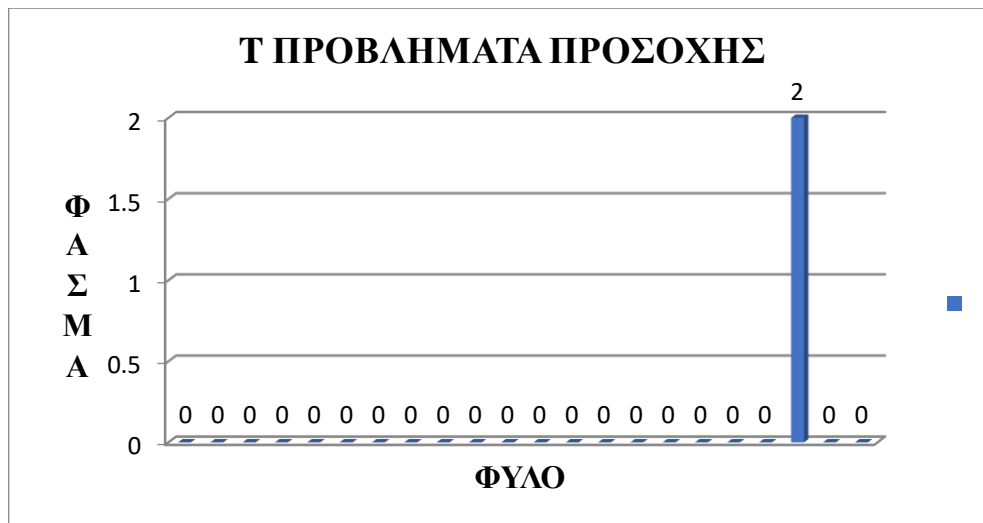
Στη συνέχεια, επικεντρωθήκαμε στον τομέα των εξωτερικευμένων προβλημάτων, αναλύοντας τα δεδομένα της κάθε υποκλίμακας μεμονωμένα. (Γραφήματα 7,8,9,10).

Γράφημα7. Η ανάλυση της υποκλίμακας IV ως προς το φύλο.



Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό. ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

Γράφημα8. Η ανάλυση της υποκλίμακας VI ως προς το φύλο.



Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό. ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

Γράφημα9. Η ανάλυση της υποκλίμακας VII ως προς το φύλο.



Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό.ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

Γράφημα10. Η ανάλυση της υποκλίμακας VIII ως προς το φύλο.



Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό.ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

a. Κλίμακα CBCL- Κλίμακες Ικανοτήτων:

Όπως προαναφέρθηκε, για τις κλίμακες ικανοτήτων επικεντρωθήκαμε μόνο στις απαντήσεις των γονέων που αναφέρονται στην κατηγορία της σχολικής επίδοσης.

Γράφημα11. Η ανάλυση της σχολικής επίδοσης των μαθητών ως προς το φύλο.

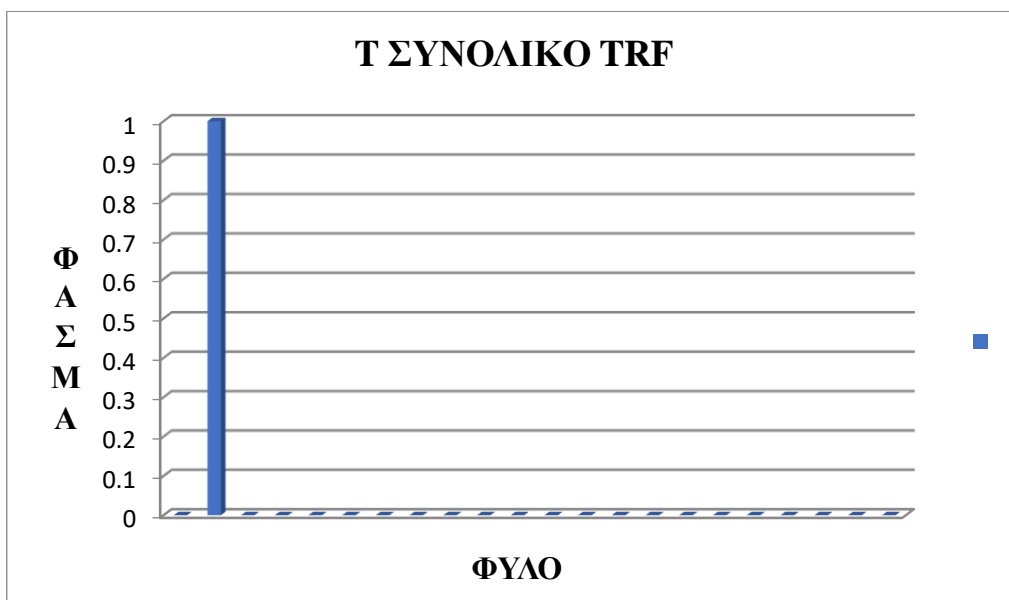


Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό.ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

b. Κλίμακα TRF- Κλίμακες Συνδρόμων:

Αρχικά, αναλύσαμε τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών ως προς τις συνολική βαθμολογία των μαθητών (Γράφημα 12).

Γράφημα 12. Συνολικές Τιμές T ως προς το φύλο.

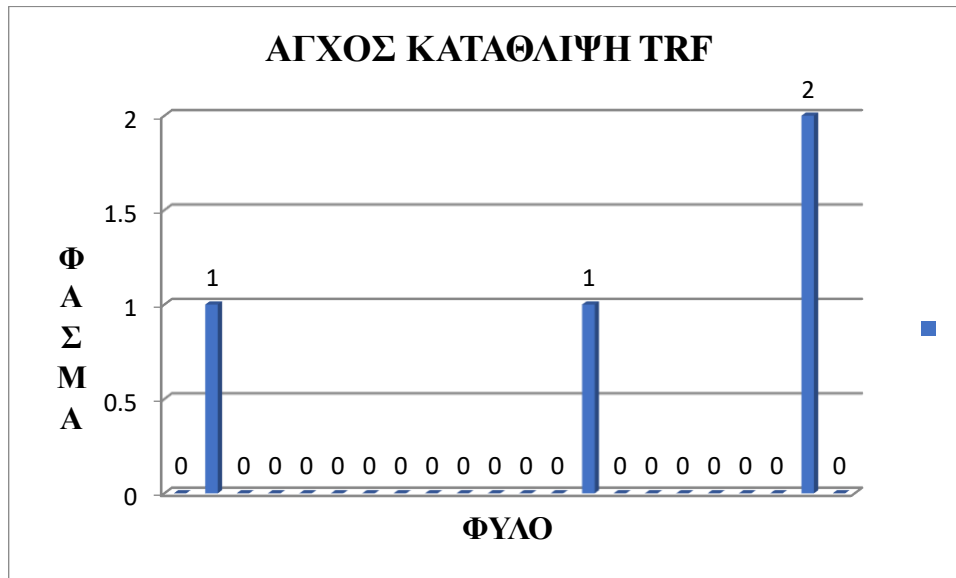


Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό. ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

Τ ΕΣΩΤΕΡΙΚΕΥΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ

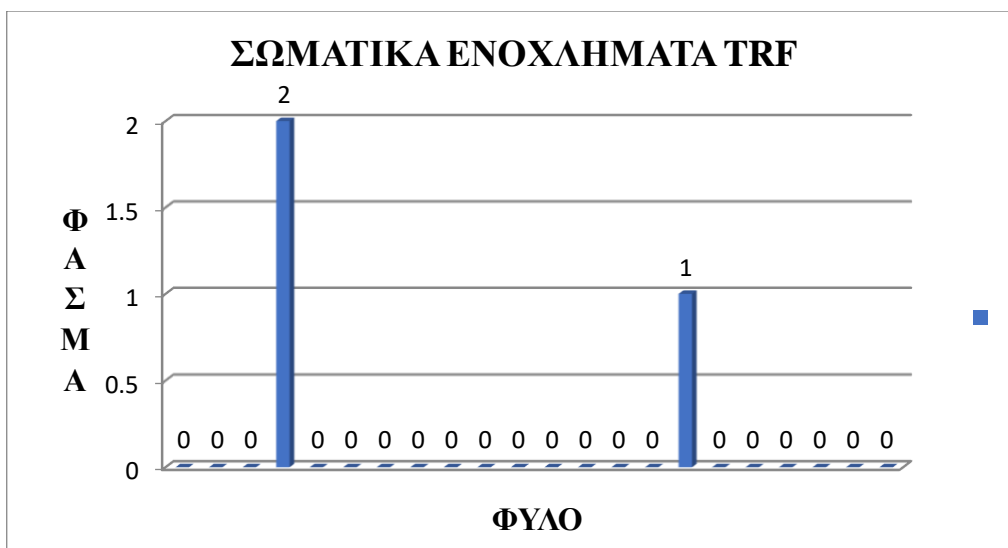
Στη συνέχεια, μελετήσαμε τον τομέα των εσωτερικευμένων προβλημάτων, αναλύοντας τα δεδομένα της υποκλίμακας I&II μεμονωμένα (Γραφήματα 13,14).

Γράφημα 13. Η ανάλυση της υποκλίμακας I ως προς το φύλο.



Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό. ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

Γράφημα 14. Η ανάλυση της υποκλίμακας III ως προς το φύλο.



Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό. ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

Τ ΕΞΩΤΕΡΙΚΕΥΜΕΝΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ-ΥΠΟΚΛΙΜΑΚΕΣ

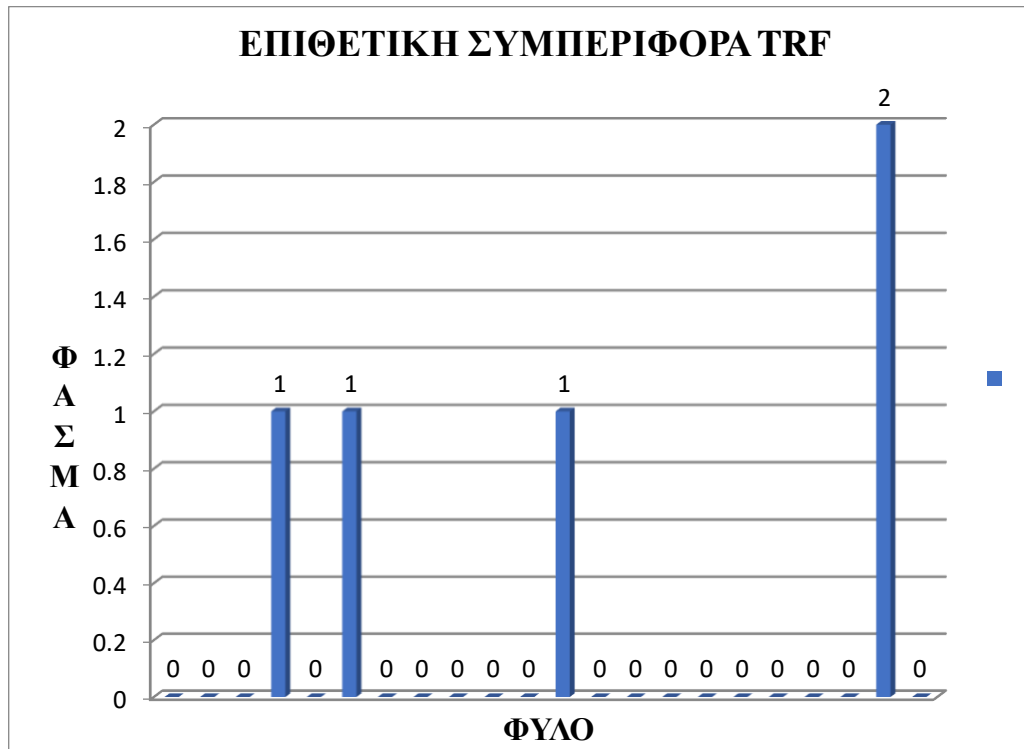
Μελετώντας τον τομέα των εξωτερικευμένων προβλημάτων, αναλύσαμε τα δεδομένα της υποκλίμακας VI&VIII μεμονωμένα (Γραφήματα 15,16).

Γράφημα 15. Η ανάλυση της υποκλίμακας VI ως προς το φύλο.



Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό. ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

Γράφημα 16. Η ανάλυση της υποκλίμακας VIII ως προς το φύλο.



Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό. ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

b. Κλίμακα TRF- Κλίμακα Προσαρμοστικής Λειτουργικότητας

Όπως προαναφέρθηκε, για την κλίμακα προσαρμοστικής λειτουργικότητας επικεντρωθήκαμε στο συνολικό άθροισμα από τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών που σχετίζονται με τις υποκλίμακες: α) μαθησιακή επίδοση, β) σκληρή εργασία, γ) σωστή συμπεριφορά, δ) μάθηση και ε) πόσο χαρούμενο είναι το παιδί.

Γράφημα 17. Η ανάλυση της κλίμακας της προσαρμοστικής λειτουργικότητας.



Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0=φυσιολογικό, 1=οριακά κλινικό, 2=κλινικό. ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

ε. Ελληνική κλίμακα αξιολόγησης της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ, Καλαντζή-Αζίζι. Η Αξιολόγηση των Γονέων.

Αρχικά, αναλύσαμε τις απαντήσεις των γονέων σχετικά με την αξιολόγηση τους για εντοπισμό ή αποκλεισμό της διαταραχής (Γράφημα 18).

Γράφημα 18. Η ανάλυση των απαντήσεων των γονέων.



Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0= αποκλεισμός ΔΕΠ-Υ, 1= εντοπισμός ΔΕΠ-Υ. ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

Στη συνέχεια, αναλύσαμε τις απαντήσεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την αξιολόγηση τους για εντοπισμό ή αποκλεισμό της διαταραχής (Γράφημα 19).

Γράφημα 19. Η ανάλυση των απαντήσεων των εκπαιδευτικών.



Σημ. ΦΑΣΜΑ: 0= αποκλεισμός ΔΕΠ-Υ, 1= εντοπισμός ΔΕΠ-Υ. ΦΥΛΟ: 0= Αγόρι, 1=Κορίτσι.

6. Συζήτηση

Η ολοκλήρωση της ερευνητικής διαδικασίας προϋποθέτει μια ακέραια εξαγωγή συμπερασμάτων. Εξαιτίας αυτής της ανάγκης, με το πέρας της χορήγησης των δύο διαγνωστικών εργαλείων Achenbach&Καλαντζή-Αζίζι σε παιδιά, προχωρήσαμε σε μια πολυεπίπεδη ανάλυση των δεδομένων με βασικό άξονα την ανάδειξη ή την απόκλιση εμφάνισης της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ.

Από την ανάλυση των δεδομένων της έρευνας προκύπτει ότι τα δύο διαγνωστικά εργαλεία ανίχνευσης της διαταραχής της ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας ανέδειξαν τα εξής:

Όσον αφορά την κλίμακα αξιολόγησης του Achenbach (σύστημα ΣΑΕΒΑ), συμπεραίνουμε αρχικά ότι σε γενικές γραμμές, η αξιολόγηση των γονέων συγκριτικά με την αξιολόγηση των εκπαιδευτικών διαφωνεί αισθητά εκτός από κάποιες εξαιρέσεις.

Αυτό άλλωστε φαίνεται, από το γεγονός ότι η συνολική αξιολόγηση των γονέων (γράφημα 3), τοποθετεί όλα τα παιδιά στο φυσιολογικό φάσμα, ενώ η συνολική αξιολόγηση των εκπαιδευτικών (γράφημα 12), ενσωματώνει ένα αγόρι στο κλινικό φάσμα.

Σύμφωνα με το σύστημα Achenbach για το παιδί αυτό, ενώ η εικόνα του σκιαγραφείται στο φυσιολογικό φάσμα σχετικά με την κλίμακες ικανοτήτων (γράφημα 11) και προσαρμοστικής λειτουργικότητας (γράφημα 17), υπάρχει μεγάλη απόκλιση στις κλίμακες συνδρόμων. Επίσης, διαπιστώθηκε ότι το profile της συγκεκριμένης περίπτωσης παιδιού αποτελεί εξαίρεση στον κανόνα διαφωνίας της αξιολόγησης των γονέων και των εκπαιδευτικών μιας και ενσωματώθηκε στο κλινικό φάσμα από την αξιολόγηση των γονέων του, καθώς παρουσίασε μη φυσιολογικές τιμές T στα εξωτερικευμένα και εσωτερικευμένα προβλήματα του, ταυτόχρονα όμως παρουσιάστηκε κλινική εικόνα στην κλίμακα συνδρόμων και από την αξιολόγηση των εκπαιδευτικών του. Πιο συγκεκριμένα, το παιδί αυτό παρουσιάζει κλινικά ευρήματα στα εσωτερικευμένα προβλήματα, στις υποκλίμακες άγχους και κατάθλιψης, απόσυρσης και κατάθλιψης αλλά και σωματικών ενοχλημάτων. Παθολογική εικόνα φαίνεται να έχει επίσης και στα εξωτερικευμένα προβλήματα, στις υποκλίμακες παράβασης κανόνων, κοινωνικών προβλημάτων και επιθετικής συμπεριφοράς (γραφήματα 1, 2, 4, 5, 6, 7, 9, 10, 13). Έχοντας λάβει υπόψη τις αξιολογήσεις και των δύο πλευρών, αποφασίσαμε ότι η συγκεκριμένη περίπτωση παιδιού που εμφανίζει την προαναφερόμενη συμπτωματολογία της διαταραχής εντάσσεται στον συνδυασμένο τύπο της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ. Η υπόθεση αυτή βασίστηκε κυρίως στα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του παιδιού εφόσον συνδυάζει στοιχεία παρορμητικότητας αλλά και διάσπασης προσοχής.

Είναι σημαντικό να αναφέρουμε ότι, το ίδιο παιδί όταν αξιολογήθηκε από τους εκπαιδευτικούς αλλά και από τους γονείς του με την χρήση της ελληνικής κλίμακας αξιολόγησης Καλαντζή-Αζίζι τοποθετήθηκε σε φυσιολογικό φάσμα με αποκλεισμό εμφάνισης της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ.

Συμπληρωματικά, ένα ακόμη συμπέρασμα που γίνεται εύκολα αντιληπτό στην διαδικασία ανάλυσης είναι ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό παιδιών, παρόλο που η συνολική εικόνα τους αντιστοιχεί στο φυσιολογικό φάσμα, στην κλίμακα ικανοτήτων και κλίμακα λειτουργικότητας, η μεμονωμένη αξιολόγηση τους στις υποκλίμακες από την κλίμακα συνδρόμων (CBCL&TRF) τα τοποθετεί σε οριακά κλινικό ή κλινικό φάσμα. Πιο συγκεκριμένα, παρατηρούνται αποκλίσεις σε κάποια υποκλίμακα των εσωτερικευμένων προβλημάτων, π.χ. συνήθως στην υποκλίμακα I&II (γραφήματα 4 και 5), είτε σε κάποια υποκλίμακα των εξωτερικευμένων προβλημάτων, π.χ. συνήθως στην υποκλίμακα VI, VII&VIII (γραφήματα 8, 9 και 10).

Συνεπώς μπορούν να επισημανθούν δύο υποθέσεις:

A) ότι η διαταραχή της ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας από την μία πλευρά, μπορεί να εμφανίσει την συμπτωματολογία της μέσα από μια κλινική εικόνα συνολικά είτε από την οπτική γωνία των εκπαιδευτικών είτε από την οπτική γωνία των γονέων. Από την άλλη πλευρά, είναι πιθανό η ΔΕΠ-Υ να φανερώσει τις πρώτες ενδείξεις της μέσα από αποκλίσεις συμπεριφοράς σε μεμονωμένους τομείς όπως π.χ. στον τομέα του άγχους ή της παράβασης κανόνων ή της επιθετικής συμπεριφοράς παρά την φυσιολογική συνολική εικόνα που ενδέχεται να παρουσιάζει το παιδί σύμφωνα πάλι με γονείς και εκπαιδευτικούς.

B) Το γεγονός ότι ένα παιδί εμφανίζει προβλήματα συμπεριφοράς δεν είναι απαραίτητο πάντα ότι συνάδουν με την διαταραχή της ΔΕΠ-Υ αλλά αντιθέτως υπάρχει πιθανότητα να αντιμετωπίζει άλλου είδους ψυχολογικές διαταραχές, όπως π.χ. κατάθλιψη ή προβλήματα κοινωνικοποίησης.

Σχετικά με την ελληνική κλίμακα αξιολόγησης ανίχνευσης της διαταραχής της ΔΕΠ-Υ Καλαντζή-Αζίζι, η ερευνητική διαδικασία επιβεβαίωσε το χάσμα ανάμεσα στην αξιολόγηση των γονέων και αυτή των εκπαιδευτικών.

Όπως φαίνεται από το γράφημα 18, οι γονείς μέσα από την αξιολόγηση τους απέκλεισαν την εμφάνιση της διαταραχής της ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητας, τοποθετώντας όλα τα παιδιά στο φυσιολογικό φάσμα.

Ωστόσο, η αξιολόγηση των εκπαιδευτικών έρχεται σε αντίθεση με αυτήν των γονέων καθώς μέσα από τις ερωτήσεις του ανιχνευτικού εργαλείου διάγνωσης, εντόπισαν την διαταραχή της ΔΕΠ-Υ σε μόλις δύο παιδιά (γράφημα 19).

Για την πρώτη περίπτωση που εντοπίστηκε η διαταραχή της ΔΕΠ-Υ σύμφωνα με την ελληνική κλίμακα αξιολόγησης Καλαντζή-Αζίζι, το σύστημα ΣΑΕΒΑ εντοπίζει οριακά κλινικό φάσμα μόνο στα εσωτερικευμένα προβλήματα ενώ η συνολική εικόνα της κυμαίνεται σε φυσιολογικό φάσμα. Ακόμη, για την δεύτερη περίπτωση που εντοπίστηκε συμπτωματολογία ΔΕΠ-Υ από την Καλαντζή-Αζίζι, το σύστημα ΣΑΕΒΑ την κατατάσσει σε άκρως φυσιολογικό φάσμα. Έτσι λοιπόν παρατηρούμε ότι υπήρχε συμφωνία στο γεγονός ότι κάποια από τα παιδιά που μελετήθηκαν εμφάνισαν συμπτωματολογία ΔΕΠ-Υ και τοποθετήθηκαν στο κλινικό φάσμα, ωστόσο οι δύο κλίμακες διαφωνούν στο γεγονός ότι δεν εντόπισαν στα ίδια παιδιά την συμπτωματολογία της διαταραχής αλλά σε διαφορετικά.

Σημαντική θεωρείται η επισήμανση ότι, τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας είναι σύμφωνα με τα ευρήματα άλλων ερευνών που έχουν πραγματοποιηθεί στο πλαίσιο της χρήσης των αυτών των δύο διαγνωστικών εργαλείων.

Πιο συγκεκριμένα, σε έρευνες που πραγματοποιήθηκαν για τη χρήση του ερωτηματολογίου Achenbach (Κατσιγιάννη, 2006; Vaughn et al., 1997), προκύπτει συμφωνία με την κλινική εικόνα που διαμορφώσαμε και εμείς στις τιμές των Τεσωτερικευμένων και εξωτερικευμένων προβλημάτων σε παιδιά είτε που έπασχαν από τη διαταραχή της ΔΕΠ-Υ είτε σε τυπικώς αναπτυσσόμενα παιδιά.

Τέλος, δύο ακόμη ερευνητικές διαδικασίες που έλαβαν χώρα με σκοπό τη χρήση της κλίμακας Καλαντζή-Αζίζι (Κωνσταντινίδου, 2011), (Kypriotaki; Manolitsis, 2010) ανέδειξαν τον εντοπισμό αλλά και τον αποκλεισμό της διαταραχής στο γενικό δείγμα πληθυσμού της έρευνας ακριβώς όπως και η παρούσα έρευνα, επιβεβαιώνοντας έτσι τόσο την εγκυρότητα όσο και τη χρησιμότητα των δύο διαγνωστικών εργαλείων αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ.

Συμπέρασμα

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής εργασίας τόσο στο θεωρητικό όσο και στο ερευνητικό μέρος καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η ΔΕΠ-Υ είναι μια διαταραχή που αφορά σε ένα μεγάλο ποσοστό ανθρώπων, που εμφανίζεται κυρίως στην παιδική ηλικία, αλλά σε πολλές περιπτώσεις εμμένει μέχρι την ενήλικη ζωή. Για τον λόγο αυτό, είναι απαραίτητη η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση και αντιμετώπισή της. Όταν σε ένα παιδί εντοπισθούν χαρακτηριστικά όπως είναι η παρορμητικότητα, υπερκινητικότητα και έλλειψη προσοχής, αυτό μας προειδοποιεί για τυχόν εκδήλωση της διαταραχής. Σε μεγαλύτερο ποσοστό αφορά στα αγόρια συγκριτικά με τα κορίτσια. Ως προς την αντιμετώπιση της είναι κατανοητό ότι, όπως σε όλες τις διαταραχές έτσι και σε αυτή, απαιτείται η υποστήριξη τόσο της οικογένειας όσο και του σχολικού και ευρύτερου κοινωνικού περιβάλλοντος του παιδιού.

Όσον αφορά τη διαδικασία αξιολόγησης, και ανάλυσης των δεδομένων και τη συζήτηση αυτών, διαπιστώσαμε αρχικά ότι οι αξιολογήσεις των γονέων και των εκπαιδευτικών δε συμφωνούν, καθώς από τους εκπαιδευτικούς προέκυψε κλινικό περιστατικό, το οποίο δεν επιβεβαιώθηκε από το ερωτηματολόγιο των γονέων. Σε μια γενικότερη εικόνα, τα περισσότερα από τα παιδιά τοποθετούνται στο φυσιολογικό φάσμα, με εξαίρεση συγκεκριμένες υποκατηγορίες των κλιμάκων που βρέθηκαν κάποια κλινικά δείγματα. Στο σημείο αυτό, κρίνεται απαραίτητο να αναφέρουμε ότι η κλίμακα Achenbach είναι πιο χρονοβόρα στη χορήγησή της σε σχέση με αυτή της Καλατζή-Αζίζι, καθώς απαιτούσε περισσότερη ανάλυση και μελέτη των περιπτώσεων, εξαιτίας του ότι χωριζόταν σε πολλές επιμέρους υποκλίμακες, τόσο για γονείς όσο και για εκπαιδευτικούς, καθιστώντας την έτσι πιο περίπλοκη ως προς την έρευνα. Ως προς την αξιοπιστία τους, και οι δυο κλίμακες αξιολόγησης διαπιστώθηκε ότι είναι το ίδιο αξιόπιστες, χρήσιμες και έτοιμες για χορήγηση.

Τέλος, πρέπει να καταστεί σαφές ότι τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας δεν επιτρέπουν τη γενίκευσή τους στον πληθυσμό, καθώς δεν αποτελούν μέρος μιας ολοκληρωμένης διαγνωστικής και κλινικής προσέγγισης και ερμηνείας της εκδήλωσης συμπτωματολογίας, ικανής να σκιαγραφήσει το profile της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-Υ).

Βιβλιογραφία

- Achenbach T. M., Rescorla, L. A., &Maruish, M. E. (2004). *The Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA) for ages 1.5 to 18 years*. The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment, 2, 179-213.
- Belmaker, R. H. (2004). Bipolar disorder. *New England Journal of Medicine*, 351(5), 476-486.
- Bhakta SG, Young JW. (2017). The 5 choice continuous performance test (5C-CPT): A novel tool to assess cognitive control across species. *J Neurosci Methods*. Dec 1;292:53-60.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., Text Revision, pp.92-93. (2000). American Psychiatric Society.
- Elia, J., Ambrosini, P., &Berrettini, W. (2008). ADHD Characteristics: I. Concurrent Co-Morbidity Patterns in Children and Adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 1-9.
- Gamvrouli, M., Gamvrouli, I., &Triantafyllou, C. (2021). Evaluation Tools of the Characteristics of Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) in Children and Adolescents:*A literature review*(Psychiatrike, Psychiatriki) .
- Konstantopoulos K., Vogazianos P., Thodi C., &Nikopoulou-Smyrni P., (2015). A normative study of the Children's Color Trails Test (CCTT) in the Cypriot population, *Child Neuropsychology*, 21:6, 751-758.
- Kypriotaki, M., &Manolitsis, G. (2010). Teachers' evaluations for the detection of primary-school children with attention deficit hyperactivity disorder. *European Journal of Special Needs Education*, 25(3), 269-281.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., &Leweke, F. (2011). Borderline Personality Disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.
- Levelink B., Feron FJM, Dompeling E, van Zeben-van de Aa DMCB. *Children With ADHD Symptoms: Who Can Do Without Specialized Mental Health Care? J Atten Disord*. 2020 Jan;24(1):104-112. Epub 2018 Feb 22. PMID: 29471702; PMCID: PMC6935830.

- Moreno-García I, Delgado-Pardo G, Roldán-Blasco C. Attention and Response Control in ADHD. *Evaluation through Integrated Visual and Auditory Continuous Performance Test*. (Span J Psychol). (2015 Mar 3;18:E1).
- Pal, D.K., Chaudhury, G., Das T., Sengupta, S. (1999). Validation of a Bengali adaptation of the Conners' Parent Rating Scale (CPRS-48). *Br J Med Psychol*. 72(4):525-33.
- Philipsen, A. (2006). Differential Diagnosis and Comorbidity of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD) in Adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(1), i42-i46.
- Vaughn, M. L., Riccio, C. A., Hynd, G. W., & Hall, J. (1997). Diagnosing ADHD (predominantly inattentive and combine type subtypes): Discriminant Validity of the Behavior Assessment System for Children and the Achenbach Parent and Teacher Rating Scales. *Journal of Clinical Child Psychology*, 26(4), 349-357.
- Venkatesh, C., Ravikumar, T., Andal, A., & Virudhagirinathan, B. S. (2012). Attention-deficit/hyperactivity disorder in children: clinical profile and comorbidity. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(1), 34-38.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Faraone, S. V., Martelon, M., Westerberg, D., & Spencer, T. J. (2009). Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(11).
- Αθανασούλα, Β., & Καλογηράτου, Π. (Ιωάννινα, 2022): Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας: θεραπευτικές παρεμβάσεις. Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Λογοθεραπείας.
- Βέργου Ε., & Χηράκη Ε. (Αλεξανδρούπολη, 2019), Μαθητές με ΔΕΠ-Υ: Αντιλήψεις εκπαιδευτικών και επιδόσεις μαθητών στην αριθμητική στις τελευταίες δύο τάξεις του Δημοτικού Σχολείου. Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης, Σχολή Επιστημών Αγωγής, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης, Τομέας Θετικών Επιστημών.
- Βλασσοπούλου Μ., Γιαννετοπούλου Α., Διαμαντή Μ., Κιρπότην Λ., Λεβαντή Ε., Λευθήρη Κ., Σακελλαρίου Γ. Γλωσσικές δυσκολίες και γραπτός λόγος στο πλαίσιο της σχολικής μάθησης, (Αθήνα, 2015, Γρηγόρη).

- Βρεκαϊ Γ., (Πάτρα, 2020) Μεταιχμιακή διαταραχή προσωπικότητας και αρωγή του νοσηλευτή . Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Αποκατάστασης Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Κάκουρος, Ε. &Μανιαδάκη, Κ., (Αθήνα, 2008), Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητα, (Ελληνικά Γράμματα).
- Καλατζή Α.-Αζίζι , Αγγελή Κ., Ευσταθίου Γ. (Αθήνα, 2005): Ελληνική Κλίμακα Αξιολόγησης της ΔΕΠ-Υ-IV, (Ελληνικά Γράμματα).
- Κατσιγιάννη, Β. (2006). Το φαινόμενο του εκφοβισμού στο δημοτικό σχολείο(Doctoraldissertation), Πανεπιστήμιο Αιγαίου. Σχολή Ανθρωπιστικών Επιστημών. Τμήμα Επιστημών της Προσχολικής Αγωγής και του Εκπαιδευτικού Σχεδιασμού.
- Κουτσιούμπα, Ο., Ρόδος (2021). Γνώσεις και στάσεις των εκπαιδευτικών για μαθητές με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής και υπερκινητικότητα (ΔΕΠ/Υ). Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Σχολή Ανθρωπιστικών Επιστημών Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης.
- Κωνσταντινίδου, Ι. Α. (2011). Επίδραση των άτυπων χαρακτηριστικών της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας στον κινητικό συντονισμό παιδιών 5-9 ετών (No. GRI-2011-7086). AristotleUniversity of Thessaloniki.
- Λαζαράτου, Ε. (Αθήνα, 2012), Υπερκινητικό σύνδρομο ή διπολική διαταραχή στην παιδική ηλικία;Υπηρεσία Παιδιών και Εφήβων, Κέντρο Ψυχικής Υγιεινής Βύρωνα Καισαριανής, Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Ιατρική Σχολή Πανεπιστημίου Αθηνών.
- Μπίνος, Π. (Λάρισα, 2019). Διαφοροδιάγνωση στην Λογοθεραπεία.5^οΔιεθνές Συνέδριο για την Προώθηση της Εκπαιδευτικής Καινοτομίας.
- Παπανίκα, Φ. (Πάτρα, 2016). Αυτισμός και χρήση ερωτηματολογίου Achenbach. Πανεπιστήμιο Πατρών, Επιστήμες Υγείας, Τμήμα Λογοθεραπείας.
- ΠεγλιβανίδηςΑ.,ΣπυροπούλουΑ., ΓαλανόπουλοςΑ., ΠαπαχρήστουΧ.Α., ΠαπαδημητρίουΓ.Ν., Α΄ Ψυχιατρική Κλινική, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Νοσοκομείο «Αιγινήτειο», (Αθήνα), Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in adults: Clinical recognition, diagnosis and therapeutic interventions Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής

Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις.

- Σμυρναίου, Ζ.: 1.2 Διάσπαση Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ).Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.
- Σφελινιώτη, Σ. (2017). Ψυχοπαθολογικά χαρακτηριστικά συγγενών ανήλικων ασθενών με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με υπερκινητικότητα (Doctoral dissertation, Δημοκρίτειο Πανεπιστήμιο Θράκης (ΔΠΘ). Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Ιατρικής, Τομέας Ψυχιατρικής.
- Τζικόπουλος ,Σ., (Φλώρινα, 2017): Σύνδρομο Διάσπασης Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας: Μια πιλοτική παρέμβαση.Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας, Παιδαγωγική Σχολή Φλώρινας, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης .
- Τσούτσουρα, Φ. (Ρόδος, 2020): Γλωσσική ανάπτυξη μαθητών δημοτικού σχολείου με συμπτώματα ΔΕΠ-Υ. Πανεπιστήμιο Αιγαίου, Σχολή Ανθρωπιστικών Επιστημών, Τμήμα Επιστημών της Προσχολικής Αγωγής και του Εκπαιδευτικού Σχεδιασμού.
- Φλωρά, Δ. (Ιωάννινα, 2020): Συστηματική ανασκόπηση: Οι τεχνολογίες αισθητήρων στην διάγνωση παιδιών με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής/υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ). Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Λογοθεραπείας.
- Χάιδου, Ε. (Φλώρινα, 2020). Δύο Μελέτες περίπτωσης παιδιών με ΔΕΠΥ: Αντιλήψεις οικογένειας και εκπαιδευτικών για τη συναισθηματική και ηθική ανάπτυξη των παιδιών. Πανεπιστήμιο Δυτικής Μακεδονίας, Σχολή Ανθρωπιστικών Σπουδών Φλώρινας, Παιδαγωγικό Τμήμα Δημοτικής Εκπαίδευσης.