

Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης

Τόμ. 8 (2018)

8ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΑΘΗΝΩΝ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ



Υπό την αιγίδα του Υπουργείου Παιδείας, Έρευνας και
Θρησκευμάτων

8^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ ΧΑΡΙΣΜΑΤΙΚΩΝ ΑΤΟΜΩΝ ΣΤΗΝ
ΕΛΛΑΔΑ

Ιδεολογικές – Πολιτικές – Ψυχολογικές – Παιδαγωγικές
Προϋποθέσεις Εκπαίδευσης Χαρισματικών Ατόμων

ΤΟΜΟΣ ΠΡΑΚΤΙΚΩΝ
ISSN: 2529-1157

Σε Συνεργασία με την Ένωση Ελλήνων Φυσικών και την
Ελληνική Μαθηματική Εταιρεία
ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΟ DIVANICARAVEL
14-17 Ιουνίου 2018

ΔΕΠ-Υ: Αίτια και συμπτώματα

Αλίκη Κωνσταντίνου

doi: [10.12681/edusc.2707](https://doi.org/10.12681/edusc.2707)

Βιβλιογραφική αναφορά:

Κωνσταντίνου Α. (2020). ΔΕΠ-Υ: Αίτια και συμπτώματα. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 8, 620–630. <https://doi.org/10.12681/edusc.2707>

ΔΕΠ-Υ: Αίτια και συμπτώματα

Κωνσταντίνου Αλίκη,

Φοιτήτρια του Παιδαγωγικού τμήματος Δημοτικής Εκπαίδευσης.

konstantinoualiki1@gmail.com

Περίληψη

Η παρούσα θεωρητική εργασία πραγματεύεται την έννοια της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητας (ΔΕΠ-ΔΕΠΥ) Στόχος της είναι να πληροφορήσει σχετικά με το πώς προκαλείται και πως αντανακλάται η συνηθέστερη ψυχική διαταραχή των παιδιών.

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή με κεντρικά χαρακτηριστικά την απροσεξία, την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα, τα οποία δεν είναι σύμφωνα με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού. Αποτελεί μια από τις πιο συχνές διαταραχές στη παιδική ηλικία αλλά είναι αισθητή από την βρεφική μέχρι και την ενηλικίωση.

Η αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ συμπεριλαμβάνει την αλληλεπίδραση πολλών διαφορετικών παραγόντων όπως οι βιολογικοί, οι περιβαλλοντικοί και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες. Σύμφωνα με μελέτες, καταδεικνύεται ότι το 75% των συμπτωμάτων της ΔΕΠ-Υ οφείλονται σε γενετικούς παράγοντες και στην κληρονομικότητα. Ακόμα έρευνες έχουν δείξει ότι ο εγκέφαλος των παιδιών με ΔΕΠ-Υ παρουσιάζει διαφορές από εκείνων των συνομηλίκων τους στη δομή, στο μεταβολισμό και στη λειτουργία συγκεκριμένων περιοχών. Ακόμα η πρόωρη γέννηση, το κάπνισμα, η χρήση αλκοόλ και το υπερβολικό στρες κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης, ο εγκεφαλικός τραυματισμός ή η έκθεση σε τοξικές ουσίες μπορούν να συμβάλουν στην ανάπτυξη της ΔΕΠΥ.

Συνεχίζοντας, τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ χωρίζονται σε δύο διακριτές ομάδες: τα πρωτογενή και τα δευτερογενή. Η πρώτη κατηγορία αφορά την έντονη κινητική δραστηριότητα (υπερκινητικότητα), την αδυναμία συγκέντρωσης και προσοχής (απροσεξία) και την παρορμητικότητα ενώ τα δευτερογενή είναι τα χαρακτηριστικά που εμφανίζονται όταν το περιβάλλον αλληλεπιδρά με το παιδί (π.χ. κρίσεις θυμού, αντικοινωνική συμπεριφορά). Είναι σημαντικό τα συμπτώματα να έχουν επιμείνει για τουλάχιστον 6 μήνες.

Εν κατακλείδι, η διάγνωση της ΔΕΠ-Υ στα παιδιά κάθε ηλικίας μπορεί να γίνει εξονυχιστικά και πολύ προσεκτικά παρατηρώντας τα συμπτώματα με ιδιαίτερο ενδιαφέρον ώστε να καταλήγουμε σε ασφαλή συμπεράσματα που θα αποτελέσουν την βάση της βελτίωσης του παιδιού στη μαθησιακή του πορεία και δεν θα υπάρξει περιθώριο λάθους ή σύγχυσης με περιπτώσεις που είτε δεν κατατάσσονται σε αυτή την κατηγορία είτε αποτελούν φυσιολογικές αντιδράσεις.

Λέξεις κλειδιά: ΔΕΠ-Υ; απροσεξία; Παρορμητικότητα; Υπερκινητικότητα; παράγοντες- αιτίες; συμπτώματα.

Abstract

This theoretical essay discusses the signification of ADHD (Attention deficit hyperactivity disorder). Her purpose is to inform about the causes and the symptoms of the most common disorder in childhood.

ADHD is a neurodevelopmental disorder with some common features such as inattention, hyperactivity and impulsivity, which are not compatible with the child's development. ADHD is one of the commons disorders in childhood and its symptoms are distinct from infancy to adulthood.

The causes of ADHD include the interaction between many different factors, such as biological, environmental and social- psychological (factors). According to scientific studies, they demonstrate that the 75% of ADHD symptoms occur to genetic factors and heredity. Also, researches have found that the children who have ADHD, their brains differ from the other brains. They differ in the structure, the metabolism and the function in certain brain centers. Furthermore, in the course of pregnancy, early births, smoking, alcohol, drugs use and overanxious or any brain trauma are probably caused ADHD in the child.

On that note, ADHD has a vary of symptoms. The symptoms of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) can be categorized into 2 types: primary and secondary symptoms. The first category concerns about an intense movement (hyperactivity), a lack of focus and attention (inattention) and an impulsivity. On the other hand, secondary symptoms are the characteristics that are appeared when the environment interact with the child, (for example temper tantrums or antisocial behavior). It's important the symptoms to be remain up to 6 months.

In conclusion, ADHD diagnosis should be exhaustively and carefully by observing the symptoms with interest for the purpose of resulting in safe inductions which will be a base of children's learning improvement and also there is not any possibility of mistake or any bemusement with cases that is not classify at this category or there are normal reactions.

Keywords: ADHD; Inattention; Hyperactivity; Impulsivity; factors- causes; symptoms.

Τί είναι ΔΕΠ-Υ;

Για τον συγκεκριμένη έννοια έχουν δοθεί διάφοροι ορισμοί:

Σύμφωνα με τον Κάκουρο¹: «Η ΔΕΠ-Υ είναι μία αναπτυξιακή διαταραχή, οργανικής αιτιολογίας, η οποία ασκεί αρνητική επίδραση σε πολλούς τομείς της λειτουργικότητας του παιδιού και προκαλεί σοβαρές δυσκολίες τόσο στο ίδιο όσο και στην οικογένεια και το ευρύτατο κοινωνικό περιβάλλον. Εμφανίζεται με συχνότητα στον παιδικό πληθυσμό»

¹ Κάκουρος Ε., Το υπερκινητικό παιδί: Οι δυσκολίες του στην μάθηση και στην συμπεριφορά. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα, σελ. 12.

Η Καλατζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου²: «Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ) [διεθνώς είναι γνωστή ως Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)] συνιστά μια νευροανάπτυξιακή διαταραχή σχετιζόμενη και αναφέρουσα σε παιδιά προσχολικής και σχολικής ηλικίας και η οποία περιγράφει άτομα με ακατάλληλα επίπεδα ελλειμματικής προσοχής, παρορμητικότητας και/ή υπερκινητικότητας»

Η Ελληνική Εταιρεία Μελέτης Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής – Υπερκινητικότητας³ ορίζει την ΔΕΠ-Υ ως μια από τις συχνότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές και εμφανίζεται ως δυσκολία στη διατήρηση εστιασμένης προσοχής και υπερκινητικής συμπεριφοράς σε βαθμό ασύμβατο με το αναπτυξιακό υπόβαθρο του παιδιού.

Τέλος, το Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας⁴ (ΔΕΠΥ) θεωρεί ότι «είναι μια από τις συχνότερες νευροβιολογικές διαταραχές της παιδικής ηλικίας, η οποία συνεχίζεται κατά ένα σημαντικό ποσοστό και στην ενήλικη ζωή (DSM IV). Εμφανίζεται στο 5-7% του μαθητικού πληθυσμού υπέρ των αγοριών. Τα χαρακτηριστικά συμπτώματα των ΔΕΠ-Υ είναι η παρορμητικότητα, η υπερκινητικότητα και η διάσπαση προσοχής.»

Αιτιολογία της ΔΕΠ-Υ

Η αιτιολογία της διαταραχής προβληματίζει μέχρι σήμερα τους ερευνητές, αλλά οι μέχρι τώρα έρευνα επικεντρώνεται σε γενετικές και νευρολογικές μελέτες συμπεριφοράς οι οποίες έχουν δείξει ότι η ΔΕΠ-Υ είναι κληρονομική διαταραχή και επηρεάζεται από στοιχεία του περιβάλλοντος (Δαγγούλη, Μωραΐτη, 2017). Οι αιτιολογικοί παράγοντες που επηρεάζουν την εμφάνιση της ΔΕΠ-Υ είναι οι εξής:

Νευρολογικοί παράγοντες: Για την δέπ-υ οι έρευνες κλείνουν στο σύμπερασμα ότι οι λόγοι εμφάνισης της ΔΕΠ-Υ είναι κυρίως νευρολογικοί. Στη πρώτη περιγραφή των συμπτωμάτων που ήταν παρόμοια με εκείνα του Still, διατυπώθηκε η υπόθεση ότι η διαταραχή της ΔΕΠ-Υ ήταν αποτέλεσμα κληρονομικών παραγόντων αλλά και του εγκεφάλου (Καμούτσα, Κοτσιφή). Ακόμα και σήμερα ασχολούνται με τους δύο παραπάνω παράγοντες και έχει μάλιστα συγκεντρωθεί μεγάλος αριθμός αποδείξεων. Πιο συγκεκριμένα, έρευνες που βασίστηκαν στη χρήση MRI, έδειξαν ότι σε άτομα που είχαν ΔΕΠ-Υ, ο αριστερός κροταφικός λοβός του εγκεφάλου ήταν μικρότερος σε σχέση με τον δεξιό⁵. Φαίνεται λοιπόν ότι η ΔΕΠ-Υ σχετίζεται πράγματι με ανωμαλίες στην ανάπτυξη του εγκεφάλου, κυρίως στις προμετωπιαίες περιοχές, και ότι αυτές οι ανωμαλίες πρέπει να προέκυψαν κατά την εμβρυϊκή περίοδο. Οι βλάβες που εντοπίστηκαν στο προμετωπιαίο λοβό σημαίνουν ότι υπάρχουν ελλείμματα στη συντηρούμενη προσοχή, στη ρύθμιση συναισθήματος και στην ικανότητα οργάνωσης της συμπεριφοράς.

² Καλατζή-Αζίζι, Α. & Ζαφειροπούλου Μ. (2004). Προσαρμογή στο σχολείο: Πρόσληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα

³ <http://adhd.gr/>

⁴ www.adhdhellas.org/

⁵ Ο κροταφικός λόβος σχετίζεται με ομιλία, την ακουστική επεξεργασία, τη συμπεριφορά, τη διατήρηση δεδομένων ή γεγονότων στη μνήμη και τα συναισθήματα.

Ακόμα, σε αρκετές μελέτες διευθύνθηκε η εγκεφαλική αιματική ροή σε παιδιά με ΔΕΠ-Υ και σε φυσιολογικά παιδιά με τη μέθοδο PET. Οι ερευνητές διαπίστωσαν ότι στο δεξί ημισφαίριο υπήρχε μειωμένη εγκεφαλική ροή (Λαμπροπούλου, 2011) και μειωμένη μεταβολική δραστηριότητα γλυκόζης στις μετωπιαίες περιοχές του εγκεφάλου.

Επιπλέον, έχει διαπιστωθεί ότι τα εγκεφαλικά κύματα που εκπέμπουν σε υψηλές συχνότητες τα άτομα με ΔΕΠ-Υ είναι τα κύματα theta και beta. Υψηλές συχνότητες των theta κυμάτων προκαλούν κούραση και υπνηλία και αντίστοιχα των beta κυμάτων προκαλούν υπερδιέγερση.

Τελειώνοντας, σύμφωνα με τον σύμφωνα με τον Wender, διάφοροι νευροδιαβιβαστές, όπως το σύστημα της ντοπαμίνης, μπορεί να σε διαφορετικές ηλικίες δημιουργώντας έτσι μια διαταραχή των διεγερτικών και ανασταλτικών συστημάτων του νευρικού συστήματος και η διαταραχή αυτή είναι υπεύθυνη για την αφύσικη δραστηριότητα (Ρούσσου, 1987).

Γενετικοί παράγοντες: Για να μελετηθεί η γενετική βάση της ΔΕΠ-Υ, έγιναν έρευνες σε δίδυμα και ετεροθαλή αδέλφια όπως επίσης και σε βιολογικούς και θετούς γονείς (Παπαδάτος, 2010).

Οι κληρονομικοί παράγοντες της ΔΕΠ-Υ υπολογίστηκαν ότι αφορούν ένα ποσοστό 30-50%. Σε έρευνες που έγιναν σε μονοζυγωτικούς διδύμους υπάρχει συμφωνία ως προς την υπερκινητικότητα καθώς και τα αδέλφια των υπερκινητικών παιδιών παρουσιάζουν συχνά υπερκινητικότητα ή άλλες δυσλειτουργίες όπως τη σχολική αποτυχία (Λαμπροπούλου, 2011). Από την άλλη, ο Stevenson διαπιστώνει ότι η επίδραση της κληρονομικότητας στην εκδήλωση της ΔΕΠ-Υ είναι περίπου 80% καθώς παρατηρεί ότι η κληρονομικότητα ασκεί μεγαλύτερη επίδραση όσο στενότερη είναι η συγγένεια και όσο σοβαρότερη είναι η μορφή με την οποία εκδηλώνονται τα συμπτώματα της ΔΕΠ-Υ (Κάκουρος, Μανιαδάκη).

Τέλος, πρόσφατα γενετικά ευρύματα συσχετίζουν τη ΔΕΠ-Υ με το γονίδιο- μεταφορέα της ντοπαμίνης (DAT) και με το 4 γονίδιο-υποδοχέα ντοπαμίνης (DRD4). Το γονίδιο DRD4 σχετίζεται με την αποσεξία ενώ το DAT με την υπερκινητικότητα και την παρορμητικότητα.

Προγεννητικοί- περιγεννητικοί παράγοντες: Οι περιγεννητικές ανωμαλίες, ο μειωμένος καρδιακός ρυθμός κατά τη διάρκεια του τοκετού, η μικρή περιφέρεια κεφαλής κατά τον τοκετό, η προώτητα αλλά και τα χαμηλό βάρος του μορού έχουν συσχετισθεί με την υπερκινητικότητα δεν είναι όμως αρκετά αποδεκτές αιτίες για την εμφάνιση της διαταραχής. (Taylor από Παπαδάτο, 2010). Επίσης η κατανάλωση αλκοόλ κατά τους πρώτους μήνες της κύησης έχει συνδεθεί με τη μειωμένη προσοχή που μπορεί να έχει το παιδί.

Τοξικοί- αλλεργικοί παράγοντες: Ο Feingold θεωρεί υπεύθυνες τις τεχνητές χρωστικές ουσίες ή τα συντηρητικά, ενώ άλλοι αποδίδουν ευαισθησία σε κοινές τροφές όπως το σιτάρι, το γάλα, το καλαμπόκι, τα αυγά ακόμα και τη ζάχαρη (Ρούσσου, 1987). Ωστόσο, οι απόψεις αυτές δεν έχουν τεκμηριωθεί ακόμα ερευνητικά.

Τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠ-Υ

Η διάγνωση της διαταραχής δεν μπορεί να βασιστεί μόνο σε ένα σύμπτωμα. Σύμφωνα με στην τελευταία έκδοση του Αμερικάνικου διαγνωστικού εγχειριδίου των ψυχικών διαταραχών (DSM) «προκειμένου να δοθεί μια διάγνωση ΔΕΠ-Υ, τα συμπτώματα πρέπει να έχουν εκδηλωθεί πριν το δωδέκατο έτος της ηλικίας και να έχουν διάρκεια ενός εξαμήνου»

Τα συμπτώματα χωρίζονται σε δύο διακριτές ομάδες:

Αρχικά είναι τα πρωτογενή συμπτώματα δηλαδή τα βασικά συμπτώματα της διαταραχής που έχουν οργανική αιτιολογία και προέρχονται ολοκληρωτικά από την ίδια την διαταραχή. Τα τρία πρωτογενή συμπτώματα αφορούν στην έντονη κινητική δραστηριότητα (υπερκινητικότητα), την αδυναμία συγκέντρωσης και προσοχής (απροσεξία) και στην παρορμητικότητα. Ο Κάκουρος (2001) ισχυρίζεται ότι υπάρχει το ενδεχόμενο να υπερισχύσουν τα συμπτώματα της μίας ή της άλλης κατηγορίας σε ένα παιδί ενώ σε ένα άλλο να εμφανίζονται τα συμπτώματα όλων των κατηγοριών με την ίδια σοβαρότητα.

Εκτός όμως από τις πρωτογενείς δυσκολίες υπάρχουν και χαρακτηριστικά που εμφανίζονται όταν το περιβάλλον αλληλεπιδρά με το παιδί. Τα συμπτώματα αυτά ονομάζονται δευτερογενή. Ορισμένα από αυτά μπορούν να είναι οι κρίσεις οργής, θυμού, χαμηλό αυτο-συναίσθημα, αντικοινωνική συμπεριφορά, πτωχές κοινωνικές δεξιότητες κ.α., τα οποία αλλάζουν από παιδί σε παιδί.

Το DSM IV παραθέτει διαγνωστικά κριτήρια. Το διαγνωστικό αυτό εργαλείο υποδιαιρεί την συμπτωματολογία της ΔΕΠ-Υ σε τρεις κατηγορίες και κάθε μια από αυτές θα πρέπει να πληρούν έξι από τα εννέα κριτήρια προκειμένου οι ειδικοί να προχωρήσουν σε διάγνωση. Οι τύποι είναι οι εξής: απρόσεχτος, υπερκινητικός-παρορμητικός και συνδυασμένος τύπος. Συνήθως ένας από αυτούς τους τύπους υπερισχύει από τους άλλους δύο.

Πιο αναλυτικά, τα διαγνωστικά κριτήρια είναι:

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

1. Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, τη δουλειά ή άλλες δραστηριότητες.
2. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στα καθήκοντά του ή στο παιχνίδι
3. Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του μιλούν
4. Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει σχολικές εργασίες, δουλειές που του ανατίθενται ή καθήκοντα στον χώρο εργασίας (χωρίς να οφείλεται σε εναντιωματική συμπεριφορά ή αδυναμία κατανόησης των οδηγιών)
5. Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει δουλειές και δραστηριότητες
6. Συχνά αποφεύγει ή αποστρέφεται ή είναι απρόθυμος να εμπλακεί σε δουλειές που απαιτούν αδιάπτωτη πνευματική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι)

7. Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για δουλειές ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, μολύβια, βιβλία, εργασίες που έχουν δοθεί για το σπίτι)
8. Συχνά η προσοχή του διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα
9. Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες.

ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ-ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑ: Από τα ακόλουθα συμπτώματα υπερκινητικότητας- παρορμητικότητας, έξι ή περισσότερα, έχουν επιμείνει για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό δυσπροσαρμοστικό και ασυνεπή σε σχέση με το αναπτυξιακό επίπεδο.

ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

1. Συχνά κινεί τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του
2. Συχνά αφήνει τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθισμένος
3. Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί και σκαρφαλώνει με τρόπο υπερβολικό σε περιστάσεις οι οποίες δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες (στους εφήβους και τους ενήλικες μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα κινητικής ανησυχίας)
4. Συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ήσυχα (DSM-IV) ή
5. Συχνά κάνει θορύβους κατά τη διάρκεια του παιχνιδιού ή δεν μπορεί να συμμετέχει ήσυχα στις δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου (ICD-10)
6. Συχνά είναι διαρκώς σε κίνηση και ενεργεί σαν να «κινείται με μηχανή» (DSM-IV)
7. Επιδεικνύει ένα σταθερό μοντέλο υπερβολικής κινητικής δραστηριότητας το οποίο δεν τροποποιείται ουσιαστικά ανάλογα με τις κοινωνικές συνθήκες ή απαιτήσεις (ICD-10)
8. Συχνά μιλάει υπερβολικά (DSM-IV)

ΠΑΡΟΡΜΗΤΙΚΟΤΗΤΑ

1. Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση
2. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του
3. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του/της τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει σε συζητήσεις ή παιχνίδια)
4. Συχνά μιλάει υπερβολικά, δυσανάλογα με την απαίτηση του κοινωνικού πλαισίου (ICD-10)⁶

⁶ Πηγή ICD- DSM IV

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

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

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

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

Με βάση την νέα έκδοση του DSM-V έχουν υπάρξει κάποιες διαφοροποιήσεις στη διάγνωση της ΔΕΠ-Υ και αφορούν κυρίως στον αριθμό κριτηρίων και στην ηλικία εμφάνισης της διαταραχής. Συγκεκριμένα για τους μεγαλύτερους εφήβους, ηλικίας πάνω από 17 ετών και τους ενήλικες απαιτείται η παρουσία τεσσάρων συμπτωμάτων είτε απροσεξίας είτε υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας, από έξι που είναι σήμερα. Ακόμα η ηλικία εμφάνισης συμπτωμάτων απροσεξίας είτε υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας αλλάζει από τα 7 έτη στα 12 έτη.

Η αναπτυξιακή πορεία των παιδιών με ΔΕΠ-Υ. Από την βρεφική ηλικία έως την ενηλικίωση.

Η ΔΕΠ-Υ αποτελεί μια από τις διαταραχές που εμφανίζεται από πολύ μικρή ηλικία και συνεχίζει μέχρι και την ενηλικίωση. Αλλά σε κάθε περίοδο της ζωής ενός ανθρώπου με ΔΕΠ-Υ, τα χαρακτηριστικά της διαταραχής αλλάζουν μορφή ανάλογα με το αναπτυξιακό επίπεδο που βρίσκεται. Η γνώση των βασικών χαρακτηριστικών της ΔΕΠ-Υ είναι ιδιαίτερα σημαντικά για την έγκυρη διάγνωση της διαταραχής (Κάκουρος, 2001)

α.Βρεφική Ηλικία

Είναι γνωστόν ότι τα παιδιά γεννιούνται με ορισμένες έμφυτες τάσεις, οι οποίες τα βοηθούν να ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις και στις αντιδράσεις του περιβάλλοντος. (Thomas&Chess, Κάκουρος&Μανιαδάκη). Για την συγκεκριμένη περίοδο της ανάπτυξης του παιδιού δεν υπάρχουν διακριτά χαρακτηριστικά ύπαρξης ΔΕΠ-Υ αλλά πιθανές ενδείξεις.

Τα «δύσκολα βρέφη» παρουσιάζουν έντονη κινητική δραστηριότητα, ακόμα και μέσα στην κούνια, που δυσκολεύουν τους γονείς στην περιποίηση τους, δυσκολεύονται να ηρεμήσουν, εμφανίζουν συχνά κολικούς και παρουσιάζουν καθυστέρηση στον έλεγχο των σφιγκτήρων και στην πρόσκτηση της γλώσσας.

*Το ICD αποτελεί μία κωδικοποίηση των νοσημάτων από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας που αρχικά έχει σαν σκοπό την όσο το δυνατόν καλύτερη ανάλυση και επεξεργασία των ιατρικών διαγνώσεων παγκοσμίως. Παρόλα αυτά όμως το DSM-IV είναι εκείνο που θεωρείται πιο έγκυρο επιστημονικά και χρησιμοποιείται από τους ειδικούς ολόένα και περισσότερο τα τελευταία χρόνια επειδή παρουσιάζει με αυστηρά επιστημονικό τρόπο τα διαγνωστικά του κριτήρια.

Τα εμφανέστερα προβλήματα που παρουσιάζουν είναι στην λήψη τροφής και στον ύπνο. Η συχνότητα των γευμάτων τους δεν είναι σταθερή και δυσκολεύουν τις μητέρες να καταναλώσουν την απαραίτητη ποσότητα φαγητού. Είναι πεισματάρικα και εμφανίζουν ιδιαίτερη δυσκολία στην μετάβαση από το γάλα στην στερεά τροφή. (Κάκουρος,2001.Κάκουρος&Μανιαδάκη,2012.Ross&Ross,1982). Παρόμοιες δυσκολίες παρουσιάζουν και στον ύπνο. Τέτοια βρέφη δεν έχουν σταθερό ωράριο ύπνου, ξυπνούν επανειλημμένα σε ακατάστατες ώρες και κλαίνε (Nichamin,1972). Το κλάμα τους είναι παρατεταμένο, οξύ, έντονο και κλαίνε περισσότερο από τα άλλα παιδιά (Κάκουρος&Μανιαδάκη,2012,Wolff,1969).

Οι δυσκολίες που διαθέτουν αυτού του είδους τα βρέφη, είναι πιθανόν να επηρεάσουν συναισθηματικά το περιβάλλον του παιδιού, ειδικά τους γονείς. Έρευνες έχουν δείξει ότι από την βρεφική ηλικία του παιδιού υπήρχε δυσαρμονία στην σχέση μητέρων με παιδιά που αργότερα διαγνώστηκαν με ΔΕΠ-Υ και ένιωθαν από νωρίς συναισθήματα άγχους και χαμηλής αυτοεκτίμησης σε ό,τι αφορούσε την ανατροφή του παιδιού.

Συμπεραίνοντας, η ανατροφή του παιδιού σε ένα κατάλληλο, για εκείνο περιβάλλον μπορεί να επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό το οργανικό πρόβλημα. Επομένως εάν δεν δημιουργηθεί από την αρχή ένα ζεστό και υποστηρικτικό περιβάλλον γύρω από τα παιδιά που εμφανίζουν δυσκολίες από πολύ μικρή ηλικία, είναι πολύ πιθανόν να εμφανίσουν αργότερα αναπτυξιακά- συναισθηματικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς.

β. Νηπιακή Ηλικία

Σταδιακά, το «δύσκολο» με αυξημένη κινητική δραστηριότητα βρέφος αναπτύσσεται σε ένα υπερκινητικό και αντιδραστικό νήπιο. Τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ σε αυτή την ηλικία, είναι παρορμητικά, ανυπάκουα και τολμηρά.

Η ενεργητικότητα τους είναι άσκοπη. Φαίνεται να διαθέτουν ανεξάντλητα αποθέματα ενέργειας και η κινητικότητα τους να είναι ιδιαίτερα αυξημένη. Μεταπηδούν από την μία δραστηριότητα στην άλλη και σπάνια μπορούν να ασχοληθούν με το ίδιο πράγμα περισσότερο από τρία λεπτά. Υπάρχουν περιπτώσεις που το παιδί κάνει αδέξιες και άγαρμες κινήσεις. Γενικότερα, δεν μπορεί να μείνει ήσυχο για περισσότερο από λίγα λεπτά. Οι γονείς κουράζονται να βλέπουν το παιδί τους να είναι συνεχώς σε εγρήγορση και να το έχουν συνεχώς υπό την επίβλεψή τους.

Επιπλέον, λόγω της παρορμητικότητας τους και της έλλειψης φόβου των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι αναμενόμενο να χτυπά συχνά και να βρίσκεται συνεχώς υπό τον κίνδυνο κάποιου ατυχήματος. Γιαυτό και χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή και επίβλεψη.

Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας εμφανίζουν έντονες εκρήξεις θυμού ή οργής και απογοητεύονται πολύ εύκολα. Γύρω από το κοινωνικό περιβάλλον (σχολείο, συνομήλικοι, οικογένεια) είναι ιδιαίτερα αντιδραστικά και προκλητικά γιατί θέλουν να τραβήξουν την προσοχή των γύρω ατόμων. Τα νήπια δεν μπορούν να ενσωματωθούν εύκολα σε ομάδες συνομηλίκων τους και η αντιδραστική του συμπεριφορά είναι πιο έντονη. Είναι περισσότερο επιθετικά, λιγότερο συνεργάσιμα και μπλέκονται συχνά σε καβγάδες. Εκδηλώνουν ελάχιστο ενδιαφέρον για τα συναισθήματα των άλλων παιδιών και δε συνειδητοποιούν ότι προκαλούν πόνο.

Το κυριότερο όμως χαρακτηριστικό των παιδιών με ΔΕΠ-Υ είναι η καθυστέρηση στην ανάπτυξη του λόγου και οι δυσκολίες τους στην άρθρωση και στην δομή του

προφορικού λόγου και πιθανόν αργότερα, κατά την σχολική τους ζωή, να εμφανίσουν μαθησιακές δυσκολίες. Το βασικό στοιχείο της προσχολικής ηλικίας είναι η γλωσσική ανάπτυξη και σε περίπτωση κάποιας δυσκολίας οι γονείς προβληματίζονται.

Η παρορμητική και αντιδραστική συμπεριφορά του νηπίου μπορεί να προκαλέσει προβλήματα προσαρμογής μέσα στην τάξη. Αυτό μπορεί να επιφέρει το αποτέλεσμα απόκλισης τους από τους παιδικούς σταθμούς και άλλους χώρους της γειτονιάς.

γ.Σχολική ηλικία (Δημοτικού)

Η είσοδος παιδιών με ΔΕΠ-Υ στο σχολείο σηματοδοτεί την εμφάνιση νέων συμπτωμάτων, που επηρεάζουν όλο και πιο σημαντικές πλευρές του παιδιού (μαθησιακές, συναισθηματικές δυσκολίες) με αποτέλεσμα οι γονείς να ανησυχούν και να απευθύνονται γρήγορα σε έναν ειδικό.

Η απότομη αύξηση των απαιτήσεων του κοινωνικού περιβάλλοντος από το παιδί με ΔΕΠ-Υ, αποτελεί την βάση για την εμφάνιση δευτερογενών συμπτωμάτων όπως εκρήξεις θυμού, χαμηλή αυτοεκτίμηση, εναλλαγές της ψυχικής διάθεσης.

Λόγω της έντονης κινητικότητας τους ενδέχεται το παιδί να σηκώνεται από την θέση του και να περιφέρεται μέσα στην τάξη. Ακόμα, δυσκολεύεται να παραμείνει στην θέση του για αρκετή ώρα. Ενώ, ακόμη και καθιστό, μπορεί να κάνει θόρυβο ή άσκοπες κινήσεις εμποδίζοντας το μάθημα. Ως αποτέλεσμα, ο εκπαιδευτικός ασχολείται με το παιδί μόνο όταν κάνει φασαρία ή τον ενοχλεί η συμπεριφορά του. Με τον τρόπο αυτό τα παιδιά μαθαίνουν ότι οι άλλοι ασχολούνται μαζί τους κάθε φορά που γίνονται ενοχλητικά και επομένως οι εγγενείς δυσκολίες αυτορύθμισης αυξάνονται, αφού τα παιδιά αυτά δεν έχουν κανένα κίνητρο να προσπαθήσουν να ελέγξουν την συμπεριφορά τους και να αναστείλουν τις ανεπιθύμητες για το περιβάλλον αντιδράσεις τους (Μανιαδάκη, 2001). Ο προσωπικός τους χώρος μπορεί να είναι ακατάστατος. Σπάνια ολοκληρώνουν τις δραστηριότητες τις οποίες ξεκινούν, ιδιαίτερα τις σχολικές τους εργασίες, άσχετα αντικείμενα βρίσκονται στο θρανίο, κάποια βιβλία μπορεί να βρίσκονται στο πάτωμα, ή ξεχνούν τα βιβλία τους.

Γίνεται συχνά αναφορά στην εύκολη διάσπαση προσοχής τους. Ονειροπολούν και είναι αφηρημένα κατά την διάρκεια του μαθήματος. Αυτό οφείλεται στην έλλειψη ενδιαφέροντος για ορισμένες από τις εργασίες που υποδεικνύουν οι δάσκαλοι ή στην δυσκολία των παιδιών να κατανοήσουν το μαθησιακό αντικείμενο. Ακόμα και εάν ο δάσκαλος κινήσει το ενδιαφέρον στο παιδί, δεν είναι βέβαιο ότι θα την ολοκληρώσει εάν δεν δέχεται συνεχή επιτήρηση και παρότρυνση. Υπάρχουν φορές που την μια φορά θα καταφέρουν επιτυχώς να επιτελέσουν μια εργασία και την αμέσως επόμενη να μην μπορούν. Αυτό το «σκαμπανέβασμα» στην επίδοση ερμηνεύεται από πολλούς ως τεμπελιά ή αδιαφορία. Για ένα παιδί με ΔΕΠ-Υ η ασυνέπεια αυτή είναι αποτέλεσμα της παρορμητικής συμπεριφοράς του και του βαθμού κινητοποίησης και διέγερσης της προσοχής του την ώρα που ασχολείται με την συγκεκριμένη δραστηριότητα (Κάκουρος&Μανιαδάκη,2006:109).

Στην μέση παιδική ηλικία, παιδιά με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν προβλήματα στην συμπεριφορά. Η συμπεριφορά τους είναι θορυβώδης, διασπαστική, προκλητική τόσο στο σπίτι όσο και στο σχολείο και προκαλούν την υπομονή και την ανοχή των δασκάλων και των γονέων. Υπάρχουν συχνά ξεσπάσματα θυμού, έλλειψη συμμόρφωσης στους κανόνες, γρήγορες εναλλαγές της ψυχικής διάθεσης (κλαίει και

σε κλάσματα δευτερολέπτων χαμογελάει). Ο τρόπος χειρισμού των δυσκολιών αυτών από το ευρύ κοινωνικό περιβάλλον θα επηρεάσει σε μεγάλο βαθμό την αυτοπεποίθηση και την αυτοεκτίμηση του παιδιού. Τις περισσότερες φορές, τα περιβάλλοντα χαμηλά επίπεδα αυτοεκτίμησης καθώς η διαφορά ανάμεσα στις ικανότητες των παιδιών και στις ικανότητες του περιβάλλοντος τα οδηγεί σε λανθασμένες αντιλήψεις για τους εαυτούς τους.

Ορισμένες φορές, οι δυσκολίες αυτές επηρεάζουν και τον τομέα των διαπροσωπικών σχέσεων. Αντιμετωπίζουν μια απορριπτική συμπεριφορά από τους συνομήλικους τους. Κοινωνιομετρικές μετρήσεις έχουν δείξει ότι παιδιά με ΔΕΠ-Υ επιλέγονται σπανιότερα για παρέα από τους συνομήλικους τους. Τέτοια παιδιά γίνονται στόχος πειραγμάτων γιατί είναι «διαφορετικά» από τα άλλα παιδιά και δεν μπορούν να ακολουθήσουν τους δικούς τους ρυθμούς. Είναι δυνατόν και τα ίδια τα παιδιά με ΔΕΠ-Υ να προκαλούν αυτά τα πειράγματα γιατί μόνο με αυτόν τον τρόπο μπορούν να αποφύγουν την πλήρη αδιαφορία των συνομήλικων τους.

δ.Εφηβική και ενήλικη ζωή.

Στην εφηβεία τα συμπτώματα της υπερκινητικότητας αμβλύνονται αλλά τα παιδιά αυτά εξακολουθούν να είναι πιο παρορμητικά και ενεργητικά από τα άλλα παιδιά της ηλικίας τους και ξεχωρίζουν μέσα στην τάξη. Διαθέτουν εναντιωματική-προκλητική διαταραχή και αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις οικογενειακές και κοινωνικές σχέσεις. Ως αποτέλεσμα, καταφεύγουν στο αλκοόλ ή κάνουν κατάχρηση ουσιών. Τους κατακλύζει μια παραβατικότητα και ανυπακοή απέναντι στις αρχές και τους κανόνες. Η σχολική αποτυχία είναι πιθανή. Ως προς τα ψυχικά χαρακτηριστικά, η αυτοεκτίμηση τους είναι χαμηλή, διαθέτουν μια συνεχή ανησυχία και νευρικότητα. Συχνά έφηβοι με ΔΕΠ-Υ εμφανίζουν και κάποια συμπτώματα κατάθλιψης.

Τα προβλήματα στην ενηλικίωση δεν εμφανίζουν σημαντικές αλλαγές από την εφηβεία. Ως επιπρόσθετα συμπτώματα είναι οι δυσκολίες που εμφανίζουν στην εύρεση εργασίας και στο γάμο, η αδυναμία ελέγχου παρορμητικής συμπεριφοράς και η μη ανάληψη πρωτοβουλιών.

Αντί επιλόγου

Μέσα λοιπόν από τις ερευνητικές διαδικασίες, τα πονήματα και την εξαγωγή επιστημονικών συμπερασμάτων πάνω στην διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητα, που αφορά παιδιά όλων των ηλικιών αλλά και ενήλικες καταλαβαίνει κανείς πόσο σημαντική είναι η έγκαιρη και έγκυρη διάγνωση προκειμένου να επιτευχθεί η αποτελεσματική παρέμβαση, της οποίας τα ευεργετικά αποτελέσματα δύνανται να επεκταθούν χρονικά σε όλη την διάρκεια της ζωής του πάσχοντος ατόμου.

Βιβλιογραφία

ΕΛΛΗΝΟΓΛΩΣΣΗ- ΜΕΤΑΦΡΑΣΜΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders – Fourth Edition (2000)/ Fifth edition (DSM-V) (2013). American Psychiatric Association.
2. Κακουρος,Ε.& Μανιαδάκη, Κ. (2012). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-Υπερκινητικότητα: Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός.
3. Κάκουρος Ε. &Μανιαδάκη Κ. (2006). Θέματα ψυχοπαθολογίας για παιδιά και νέους. Αθήνα: Τυπωθήτω-Γιώργος Δαρδανός.
4. Καλαντζή Αζίζι & Ζαφειροπούλου, Μ. (2004) (Επιμ. Εκδ.). Προσαρμογή στο σχολείο : Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών. Αθήνα:Ελληνικά Γράμματα.
5. Καμούτσα Ι. , Κοτσιφή Μ., Νικολακοπούλου Θ. (2011) Αντιλήψεις εκπαιδευτικών Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης σε σχέση με την διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας. Ηράκλειο,28-36
6. Μπεγλίτη,Μ., Διαταραχή Ελλειμματικής προσοχής- Υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ), Διπλωματική εργασία Μεταπτυχιακό πρόγραμμα ειδίκευσης στην Ειδική Αγωγή, Αθήνα, 2006
7. Μπέκα Α., Γνώσεις και απόψεις των εκπαιδευτικών σχετικά με την διαταραχή ελλειμματικής προσωπικότητας(ΔΕΠ-Υ), Διπλωματική εργασία για την απόκτηση μεταπτυχιακού τίτλου στην Ειδική Αγωγή, Αθήνα, Ιούλιος 2013.
8. Παπαδάτος, Γ. (2010). Ψυχικές διαταραχές και μαθησιακές δυσκολίες παιδιών και εφήβων, εκδόσεις: Gutenberg
9. Ταξινομηση ICD-10 Ψυχικών Διαταραχών και Διαταραχών Συμπεριφοράς (Απόδοση στα ελληνικά και επιμέλεια: Κ. Στεφανής, Κ.Σολδάτος & Β. Μαυρέας). Αθήνα: Β ' Ιατρικές εκδόσεις (1993)
10. Τσιάντης,Ι.,&Μανωλόπουλος, Σ.(1987) (επιμ.Εκδ.). Σύγχρονα θέματα παδοψυχιατρικής Πρώτος τόμος. Πρώτο μέρος ανάπτυξη. Αθήνα:Καστανιώτης

ΙΣΤΟΣΕΛΙΔΕΣ

1. Εταιρεία Μελέτης Διαταραχής Ελλειμματικής προσοχής Υπερκινητικότητας (ΕΕΜ ΔΕΠΥ),(<http://adhd.gr/>)
2. Πανελλήνιο Σωματείο Ατόμων με Διαταχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας, (<http://www.adhdhellas.org/>)
3. Σμυρναίου Ζ., διάσπαση ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητα (ΔΕΠ-Υ)(<http://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/PPP263/%CE%94%CE%95%CE%A0%CE%A5.pdf>)