

Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης

Τόμ. 2014, Αρ. 2 (2014)

Σύγχρονες αναζητήσεις της Ειδικής Αγωγής στην Ελλάδα: Πρακτικά 4ου Πανελληνίου Συνεδρίου Επιστημών Εκπαίδευσης

ΕΘΝΙΚΟ ΚΑΙ ΚΑΠΟΔΙΣΤΡΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
ΤΟΜΕΑΣ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΛΟΓΙΑΣ Π.Τ.Δ.Ε.
ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΨΥΧΟΦΥΣΙΟΛΟΓΙΑΣ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

4^ο ΠΑΝΕΛΛΗΝΙΟ ΣΥΝΕΔΡΙΟ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

Υπό την αιγίδα του Υπουργείου Παιδείας
20-22 ΙΟΥΝΙΟΥ 2014

ΠΡΑΚΤΙΚΑ ΣΥΝΕΔΡΙΟΥ

ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2016

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ:

Παπαδόπουλος Γιάννης

Πολυχρονόπουλου Σταυρούλα

Μπασιτά Αγγελική

ISSN: 2529-1157

ΑΘΗΝΑ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-
Υπερκινητικότητα στους μαθητές, Αιτιολογικοί
Παράγοντες και Θεραπευτικές Παρεμβάσεις

Αδριανή Αντωνίου

doi: [10.12681/edusc.408](https://doi.org/10.12681/edusc.408)

Βιβλιογραφική αναφορά:

Αντωνίου Α. (2016). Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα στους μαθητές, Αιτιολογικοί Παράγοντες και Θεραπευτικές Παρεμβάσεις. *Πανελλήνιο Συνέδριο Επιστημών Εκπαίδευσης*, 2014(2), 623–630. <https://doi.org/10.12681/edusc.408>

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα στους μαθητές, Αιτιολογικοί Παράγοντες και Θεραπευτικές Παρεμβάσεις

Αντωνίου Αδριανή
απόφοιτος ΠΤΔΕ ΔΠΘ,
MEd Ειδικής Εκπαίδευσης
Adriani_2290@hotmail.com

Περίληψη

Η παρούσα μελέτη πραγματεύεται τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), η οποία αποτελεί μία από τις πιο συχνές ψυχιατρικές διαταραχές που εμφανίζεται κατά την παιδική ηλικία και εκδηλώνεται με συμπτώματα απροσεξίας, παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας σε βαθμό δυσανάλογο με την ηλικία του παιδιού. Επιπλέον, η διαταραχή αυτή πολύ συχνά επιμένει στο χρόνο και προκαλεί σημαντική έκπτωση της σχολικής, κοινωνικής και αργότερα επαγγελματικής λειτουργικότητας. Οι παράγοντες που σχετίζονται με την εκδήλωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ μπορεί να είναι γενετικοί, αλλά και περιβαλλοντικοί. Έρευνες έχουν δείξει ότι η κληρονομικότητα είναι ένα πιθανό αίτιο εκδήλωσης της ΔΕΠΥ, ότι σχετίζεται με δυσλειτουργία των συστημάτων των πολλαπλών νευροδιαβιβαστών, καθώς επίσης ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν και οι περιβαλλοντικοί παράγοντες, όπως οι διαταραγμένες ενδοοικογενειακές σχέσεις ή το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο των γονέων. Η θεραπευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ επιτυγχάνεται με φαρμακοθεραπεία, αλλά και μέσω ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων, δηλαδή με εκμάθηση κοινωνικών και σχολικών δεξιοτήτων και εκπαίδευση γονέων. Ακόμη, απαραίτητο είναι και το έργο του εκπαιδευτικού, καθώς επιβάλλεται να γνωρίζει συγκεκριμένες στρατηγικές-παρεμβάσεις, ώστε να είναι σε θέση να βοηθήσει έναν μαθητή με ΔΕΠΥ να βελτιώσει τη σχολική του επίδοση, καθώς και τις σχέσεις του με τον ίδιο και με τους συμμαθητές του.

Λέξεις-κλειδιά: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα, Συμπτώματα, Γενετικός παράγοντας, Περιβαλλοντικός Παράγοντας, Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις, παρεμβάσεις Εκπαιδευτικού.

ΔΕΠΥ: Ορισμός, Κλινική Εικόνα και Διάγνωση

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), ή αλλιώς η Υπερκινητική Διαταραχή (ΥΚΔ), είναι μία πολύ γνωστή, συχνή και σοβαρή ψυχιατρική διαταραχή, η οποία συνήθως εντοπίζεται αρχικά κατά την παιδική ηλικία (Γιαννοπούλου, 2008). Οι πρώτοι που μελέτησαν τη Διαταραχή αυτή ήταν ο Still (1902) και ο Tredgold (1908) πάνω σε μικρές ομάδες υπερκινητικών παιδιών (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2010). Ωστόσο, κυρίως από τη δεκαετία του 1970 έως και τα τέλη του 1980, παρουσιάστηκε μία μεγάλη αύξηση ερευνών. Συγκεκριμένα, οι πολλές επιστημονικές έρευνες με θέμα τη ΔΕΠΥ έδειξαν ότι «πρόκειται για μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή με πιθανή γενετική βάση, στην εκδήλωση της οποίας παίζουν ταυτόχρονα σημαντικό ρόλο μερικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες» (Γιαννοπούλου, 2008, σελ. 287). Παρ' όλα αυτά, ακόμη δεν έχει καταστεί σαφής ο τρόπος με τον οποίο οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν (Γιαννοπούλου, 2008). Ουσιαστικά, πρόκειται για μία διαταραχή, βασικό

χαρακτηριστικό της οποίας είναι η έλλειψη της προσοχής, λόγω μίας δυσκολίας στη συγκέντρωση, που συνοδεύεται από παρορμητικότητα και υπερκινητικότητα (Slavin, 2006).

Η τρίτη έκδοση του Διαγνωστικού και Στατιστικού Εγχειριδίου Ψυχικών Διαταραχών (DSM) (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, 1980) κάνει λόγο για τη «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα». Ωστόσο, η πιο πρόσφατη και αναθεωρημένη έκδοσή του DSM, δηλαδή το DSM-IV (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, 2000) την ονομάζει «Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα» (ΔΕΠΥ), δίνοντας πλέον έμφαση όχι μόνο στο αντικείμενο της προσοχής, αλλά και στο αντικείμενο της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2010).

Επιπλέον, σύμφωνα με το διαγνωστικό εργαλείο ICD-10 (International Classification of Diseases), η απροσεξία είναι απαραίτητη να συνυπάρχει με τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ (Taylor, 1998, όπως παρατίθεται στον Barkley, 2003). Μεταξύ του DSM-IV και του ICD-10 υπάρχουν κάποιες διαφορές στα διαγνωστικά κριτήρια (Swanson et al., 1998. Taylor, 1998, όπως αναφέρεται από τον Barkley, 2003), στην παρούσα όμως εργασία θα γίνει αναφορά μόνο στα διαγνωστικά κριτήρια κατά DSM-IV.

Η διαταραχή έχει τρεις μορφές, οι οποίες είναι οι εξής: η ΔΕΠΥ με προεξάρχοντα τον απρόσεχτο τύπο, ο οποίος συναντάται τόσο στα αγόρια όσο και στα κορίτσια (Taylor et al., 1998, όπως αναφέρεται από τους Sagvolden et al., 2005), η ΔΕΠΥ με προεξάρχοντα τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο, ο οποίος είναι πιο συχνός στα αγόρια (Taylor et al., 1998, όπως αναφέρεται από τους Sagvolden et al., 2005), καθώς επίσης συναντάται ο συνδυασμένος τύπος, όταν τα παιδιά παρατηρούνται να είναι υπερκινητικά και απρόσεχτα μαζί (Wenar & Kerig, 2000). Τα παιδιά του πρώτου τύπου δυσκολεύονται να παραμείνουν συγκεντρωμένα, χωρίς αυτό να είναι αναμενόμενο για την ηλικία τους, τα παιδιά του δεύτερου τύπου παρουσιάζουν αυξημένη κινητική δραστηριότητα και ομιλία σε σχέση με των συνομηλίκων τους, καθώς επίσης λειτουργούν αυθόρμητα, χωρίς να κάνουν δεύτερες σκέψεις και τα παιδιά του τρίτου τύπου συνδυάζουν όλα τα παραπάνω (Wenar & Kerig, 2000). Συμπερασματικά, τα τρία βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής είναι η υπερδραστηριότητα, η απροσεξία και η παρορμητικότητα (Αμερικανική Ψυχιατρική Εταιρεία, 1994, όπως αναφέρεται από τους Sagvolden et al., 2005), τα οποία εκδηλώνονται «σε βαθμό δυσανάλογο με την ηλικία των παιδιών» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006, σελ. 92).

Ακόμη, τα κλινικά χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ ενδέχεται να αρχίσουν να εντοπίζονται από τη βρεφική κιόλας ηλικία, συνήθως όμως καθίστανται αντιληπτά από τη νηπιακή ηλικία κι έπειτα. Τα συμπτώματα που εμφανίζουν βρέφη με ΔΕΠΥ είναι κυρίως οι υπερβολικές ευαισθησίες σε ερεθίσματα, τα οποία σχετίζονται με τον θόρυβο, το σκοτάδι ή τη θερμοκρασία ή από την άλλη μεριά η ασυνήθιστη χαλαρότητά τους, η οποία εκδηλώνεται με πολλές ώρες ύπνου. Τις περισσότερες φορές, ωστόσο, χαρακτηρίζονται από αυξημένη κινητική δραστηριότητα στην κούνια τους, κλαίνει και κοιμούνται λιγότερες ώρες απ' όσο θα 'πρεπε (Sadock & Sadock, 2009).

Κατά τη σχολική ηλικία, οι μαθητές με ΔΕΠΥ ενδέχεται να παρουσιάσουν ιδιαίτερη όρεξη για μία δραστηριότητα, όμως γρήγορα θα την εγκαταλείψουν. Επιπλέον, πολλές φορές πετάγονται στην τάξη, χωρίς να έχουν πάρει πρώτα το λόγο από τον εκπαιδευτικό ή σηκώνονται από τη θέση τους. Ακόμη, όταν τα παιδιά με ΔΕΠΥ βρίσκονται με την οικογένειά τους είναι πολύ ζωηρά, αντιδραστικά, προκαλούν εντάσεις, είναι ανυπόμονα και ευέξαπτα. Η διάθεσή τους αλλάζει πολύ απότομα και απροειδοποίητα, με εναλλαγές χαράς και λύπης, καθώς επίσης συχνά

χτυπούν ή παθαίνουν ατυχήματα (Sadock & Sadock, 2009).

Τα συχνότερα χαρακτηριστικά των παιδιών με ΔΕΠΥ είναι κυρίως η υπερκινητικότητα, δηλαδή κινούν νευρικά χέρια και πόδια ή τρέχουν, «η γενικευμένη διαταραχή του μυϊκού συντονισμού», η μειωμένη αντιληπτική-κινητική ικανότητα, η αδυναμία ανάκλησης γνώσεων, η γρήγορη εναλλαγή των συναισθημάτων και η υψηλή έλλειψη προσοχής, η οποία εκδηλώνεται με απροσεξίες, εμμονές, ανεπιτυχή ολοκλήρωση ενός έργου (Sadock & Sadock, 2009, σελ. 114). Επιπλέον, αποφεύγουν να αναλάβουν καθήκοντα, είναι παρορμητικά, δηλαδή κάνουν κάτι χωρίς πρώτα να το έχουν σκεφτεί και δεν προγραμματίζονται γενικότερα, είναι ατίθασα και δεν υπακούουν σε οδηγίες (Barkley, 2003), καθώς επίσης είναι πιθανό να εμφανίσουν επιθετική και προκλητική συμπεριφορά (Sadock & Sadock, 2009). Ακόμη, τα παιδιά με τη διαταραχή αυτή δυσκολεύονται πολύ στο να αναπτύξουν υγιείς σχέσεις με τους συνομηλίκους τους και συχνά προκαλούν προβλήματα στο σχολείο όταν εμπλέκονται σε δραστηριότητες, επειδή δε διακρίνονται από αυτοέλεγχο και δεν λαμβάνουν υπόψη τους κανόνες (Pelham et al., 2005).

Δυστυχώς, οι δυσκολίες αυτές των παιδιών με ΔΕΠΥ επιμένουν και κατά την εφηβική ηλικία και συγκεκριμένα, το 50-70% θα έχει προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής και/ή ψυχιατρικά προβλήματα και σαν έφηβοι (Cantweell, 1996, όπως αναφέρεται από τους Sagvolden, Aase, Johansen & Russell, 2005), αλλά και κατά την ενήλικη ζωή, παρά το ότι κάποια συμπτώματα ενδέχεται να υποχωρήσουν με την πάροδο του χρόνου (Barkley, Fisher, Smallish & Fletcher, 2004. Mannuzza & Klein, 1999, όπως αναφέρεται από τους Pelham et al., 2005). Κατά την ενηλικίωση, συγκεκριμένα, το 22% περίπου των ατόμων με ΔΕΠΥ σπουδάζει στο Πανεπιστήμιο και μόνο το 5% ολοκληρώνει επιτυχώς τις σπουδές, αντιμετωπίζουν προβλήματα στον εργασιακό τομέα, στις διαπροσωπικές τους σχέσεις, καθώς επίσης είναι πολύ συχνά υπεύθυνα για ατυχήματα κατά την οδήγηση (Barkley, 2002). Ωστόσο, όλα τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ παραμένουν μόνο στο 4% του ενήλικου πληθυσμού (Mannuzza et al., 1998, όπως αναφέρεται από τους Sagvolden et al., 2005).

Η διάγνωση της ΔΕΠΥ είναι έργο των ειδικών επιστημόνων, δηλαδή των κλινικών ή σχολικών ψυχολόγων και των ψυχιάτρων, οι οποίοι χρησιμοποιούν την κλινική συνέντευξη, την κλινική παρατήρηση, αλλά και τη συνέντευξη με το ίδιο το παιδί (Γιαννοπούλου, 2008). Επιπλέον, κλινικοί ή σχολικοί ψυχολόγοι χρησιμοποιούν ψυχομετρικά εργαλεία για την εκτίμηση του νοητικού δυναμικού του παιδιού, όπως επίσης γονείς και δάσκαλοι συμπληρώνουν «ερωτηματολόγια συμπεριφοράς» του παιδιού. Ακόμη, υπάρχουν αρκετά γενικά ερωτηματολόγια παιδικής ψυχοπαθολογίας, «ειδικά ερωτηματολόγια υπερκινητικότητας», όπως και μερικά μεταφρασμένα και σταθμισμένα στα ελληνικά δεδομένα ερωτηματολόγια (Σταλίκας και συν., 2002, όπως αναφέρεται από την Γιαννοπούλου, 2008).

Επιπρόσθετα, σύμφωνα με το DSM-IV, για να διαγνωστεί ένα παιδί με ΔΕΠΥ, θα πρέπει τα συμπτώματα να εμφανιστούν για πρώτη φορά πριν τα επτά έτη, να διαρκούν για τουλάχιστον έξι μήνες, να είναι δυσανάλογα με την ηλικία του και να το δυσκολεύουν με αξιοσημείωτη μείωση στη λειτουργικότητά του σε δύο ή και περισσότερους τομείς της καθημερινότητας του, όπως είναι ο κοινωνικός ή ο σχολικός (Pelham, Fabiano & Massetti, 2005). Επιπρόσθετα, θα πρέπει να παρατηρούνται τουλάχιστον έξι από τα συμπτώματα απροσεξίας, ή τουλάχιστον έξι από τα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, για ένα διάστημα το λιγότερο έξι μηνών, προκαλώντας του δυσκολίες προσαρμογής και χωρίς να αντιστοιχούν στο αναπτυξιακό του επίπεδο (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006).

Επιπλέον, σύμφωνα με τους Wenar και Kerig (2000, σελ. 257), «ο επιπολασμός της ΔΕΠΥ υπολογίζεται συχνά στο 3-5 % του σχολικού πληθυσμού», καθώς επίσης «σε

όλες τις έρευνες έχει διαπιστωθεί ότι η συχνότητα εμφάνισης της ΔΕΠΥ είναι αρκετά μεγαλύτερη στα αγόρια απ' ό,τι στα κορίτσια» (Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006) με αναλογία κατά μέσο όρο στο 3,1:1 υπέρ των κοριτσιών (Szatmari et al., 1989a, όπως αναφέρεται από τους Κάκουρος & Μανιαδάκη, 2006). Γι' αυτό το λόγο, ίσως, οι μελλοντικές εκδόσεις του DSM θα πρέπει να ξεχωρίζουν τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ ανάλογα με το φύλο (DuPaul et al., 1997).

Ακόμη, η ΔΕΠΥ ενδέχεται να συνοδεύεται από διαταραχές της συμπεριφοράς, όπως είναι η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή ή η Διαταραχή Διαγωγής, να συνδυάζεται με αγχώδεις διαταραχές, αλλά και με Μαθησιακές δυσκολίες, (Wenar & Kerig, 2000). Τέλος, έχει παρατηρηθεί συννοσηρότητα με την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (Moll et al., 2000, όπως αναφέρεται από τις Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2010) και με τη διπολική διαταραχή (Gield et al., 2000, όπως αναφέρεται από τις Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2010).

Πιθανά Αίτια Εκδήλωσης της ΔΕΠΥ

Όπως προαναφέρθηκε, η εκδήλωση της ΔΕΠΥ εξαρτάται τόσο από γενετικούς, όσο και από περιβαλλοντικούς παράγοντες (Γιαννοπούλου, 2008). Ωστόσο, δεν έχει βρεθεί ακόμη μία αιτία, η οποία να ευθύνεται αποκλειστικά για την εμφάνιση συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ (Αναγνωστόπουλος & Ρότσικα, 2006). Σύμφωνα με τις Καλαντζή-Αζίζι και Ζαφειροπούλου (2010, σελ. 232), «η αιτιολογία μπορεί να είναι βιολογική, ψυχολογική ή κοινωνική».

Πολλές έρευνες επικεντρώθηκαν στη σοβαρότητα των γενετικών παραγόντων και μέχρι τώρα, παρά την ασυμφωνία των αποτελεσμάτων των ερευνών, φαίνεται ότι «η ΔΕΠΥ οφείλεται πρωταρχικά σε δυσλειτουργία των συστημάτων των πολλαπλών νευροδιαβιβαστών (π.χ. νοραδρεναλίνη, σεροτονίνη) και στον τρόπο λειτουργίας ορισμένων τμημάτων του εγκεφάλου (π.χ. του μετωπιαίου λοβού)» (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2010, σελ. 233). Ακόμη, έρευνες που έχουν γίνει σε δίδυμα, αλλά και σε υιοθετημένα παιδιά, έχουν δείξει ότι η κληρονομικότητα είναι ένα πιθανό αίτιο εκδήλωσης της ΔΕΠΥ (Αναγνωστόπουλος & Ρότσικα, 2006). Επιπρόσθετα, έπειτα από πολλές μελέτες γονιδίων, έχει αποδειχθεί ότι εμπλέκονται αρκετά γονίδια στην αιτιολογία της ΔΕΠΥ (Faraone et al., 2005).

Παρ' όλα αυτά, ιδιαίτερη σημασία αποδίδεται και στον περιβαλλοντικό παράγοντα, ο οποίος επίσης συμβάλλει στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ. Τα αποτελέσματα πολυετών ερευνών γνωστοποίησαν ότι το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο, οι συγκρούσεις μεταξύ των γονέων, αλλά και μεταξύ των γονέων και των παιδιών, η συναισθηματική απόσταση μεταξύ τους, οι λανθασμένοι τρόποι διαπαιδαγώγησης των παιδιών, η ασυνέπεια των γονέων στους κανόνες που θέτουν, η υπερβολική αυστηρότητα, η υπερπροστασία ή η υπερβολική αδιαφορία τους είναι μερικές από τις αιτίες επιδείνωσης των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2010). Επιπλέον, η επιθετικότητα των γονέων, η ψυχιατρική διαταραχή ενός γονέα, η κατάθλιψη της μητέρας, καθώς επίσης η παραμονή ενός παιδιού σε ίδρυμα είναι παράγοντες, οι οποίοι συστηματικά συνδέονται με τη ΔΕΠΥ (Overmeyer et al., 1999. Roy et al., 2000. Sonuga-Barke et al., 1996. Taylor et al., 1991, όπως αναφέρεται από την Γιαννοπούλου, 2008). Η διατροφή, επίσης, του παιδιού έχει κατηγορηθεί ότι ενδέχεται να συντελεί στην εμφάνιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ. Συγκεκριμένα, τα συντηρητικά, οι διάφορες τοξίνες, τα χημικά συστατικά, οι τεχνικές χρωστικές ουσίες των τροφών, αλλά και η ζάχαρη έχουν συνδεθεί με συμπεριφορές υπερκινητικού τύπου (Boris & Mandel, 1994).

Καθίσταται, επιπλέον, φανερό ότι οι περιβαλλοντικοί αυτοί παράγοντες, είτε

«υποβοηθούν» τους γενετικούς παράγοντες, ώστε να εμφανιστούν τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, είτε συμβάλλουν σε μέγιστο βαθμό από μόνοι τους, σε συνδυασμό με τους γενετικούς παράγοντες, ώστε να προκαλέσουν με ακρίβεια τη σοβαρότητα στην εκδήλωση των συμπτωμάτων (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2010).

Επιπρόσθετα, ο ρόλος του ψυχολογικού τομέα στην εκδήλωση της ΔΕΠΥ ενδέχεται να συμβάλλει καθοριστικά στην περίπτωση που η έντονη υπερκινητικότητα συνυπάρχει με μία υφέρπουσα κατάθλιψη. Είναι, δηλαδή, πιθανό «οι θορυβώδεις εκδηλώσεις της υπερκινητικότητας να θεωρούνται μανιακές άμυνες ενάντια στην κατάθλιψη» (Αναγνωστόπουλος & Ρότσικα, 2006, σελ. 527).

Τέλος, σύμφωνα με τον Barkley (1997), είναι πιθανό η ΔΕΠΥ να οφείλεται στη μειωμένη ικανότητα αναστολής των αυθόρμητων αντιδράσεων λόγω των δυσλειτουργιών των γνωστικών μηχανισμών του εκτελεστικού ελέγχου, όπως είναι η μνήμη εργασίας, η εσωτερίκευση του λόγου, η αυτοκαθοδήγηση, η αναλυτική και συνθετική ικανότητα, καθώς επίσης και ο κινητικός έλεγχος (Καλαντζή-Αζίζι & Ζαφειροπούλου, 2010. Willcutt, Doyle, Nigg, Faraone & Pennington, 2005). Σύμφωνα, επίσης, με τους Goldberg & Seidman (1991), η βλάβη στις εκτελεστικές λειτουργίες ενδέχεται να προκαλέσει ψυχιατρικά προβλήματα ή προβλήματα στη συμπεριφορά (Biederman et al., 2004), καθώς επίσης τα παιδιά με ΔΕΠΥ, τα οποία παρουσιάζουν δυσκολίες σε συγκεκριμένες γνωστικές και εκτελεστικές λειτουργίες έχει παρατηρηθεί ότι έχουν χειρότερη σχολική επίδοση από τα παιδιά που έχουν ΔΕΠΥ, αλλά δεν αντιμετωπίζουν προβλήματα στις εκτελεστικές λειτουργίες (Biederman et al., 2004).

Θεραπευτική Αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ

Σύμφωνα με την Γιαννοπούλου (2008), «υπάρχουν δύο μοντέλα αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης στη ΔΕΠΥ/ΥΚΔ: η φαρμακοθεραπεία και οι ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις» (Edwards, 2002, όπως αναφέρεται από την Γιαννοπούλου, 2008, σελ. 293).

Η φαρμακευτική αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ γίνεται με τη χορήγηση ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων, τα πιο γνωστά από τα οποία είναι η μεθυλφενιδάτη (Ritalin) και η δεξαμεταμίνη. «Τα φάρμακα αυτά απελευθερώνουν και αναστέλλουν την επαναπρόσληψη των κατεχολαμινών και κυρίως της ντοπαμίνης στον εγκέφαλο» (Γιαννοπούλου, 2008, σελ. 293). Επιπλέον, δρουν για ένα σύντομο χρονικό διάστημα, γι' αυτό και η χορήγησή τους επαναλαμβάνεται δύο έως τρεις φορές την ημέρα, καθώς επίσης είναι απαραίτητο ένα μικρό χρονικό διάστημα, μέσα στο οποίο θα γίνεται επανειλημμένα η δοκιμή των φαρμάκων και θα ελέγχεται καθημερινά κατά πόσο βοηθούν το παιδί, προτού αποτελέσουν οριστική φαρμακοθεραπεία γι' αυτό (Γιαννοπούλου, 2008).

Επιπρόσθετα, έπειτα από πολλές μελέτες, είναι πλέον σίγουρο ότι τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα δεν θεραπεύουν τη διαταραχή, αλλά είναι αποτελεσματικά στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ, αφού τουλάχιστον ένα ποσοστό 70%-80% των παιδιών με ΔΕΠΥ έχει θετική ανταπόκριση στη θεραπεία. Το γεγονός αυτό καθίσταται φανερό, καθώς έχει παρατηρηθεί ότι υποχωρούν τα κλινικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ, ωστόσο αξίζει να σημειωθεί ότι η βελτίωση αυτή συχνά συνοδεύεται από διάφορες παρενέργειες σε θέματα του ύπνου ή της διατροφής ή ενδέχεται το παιδί να παρουσιάσει μία κόπωση ή μία δυσθυμία. Ακόμη, αν τα ψυχοδιεγερτικά φάρμακα δεν επαρκούν ή αποδειχθούν ακατάλληλα, τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, όπως είναι η ιμιπραμίνη, αποτελούν τη δεύτερη επιλογή φαρμάκων για την αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ (Γιαννοπούλου, 2008).

Επιπλέον, αδήριτη ανάγκη για ένα παιδί με ΔΕΠΥ είναι η πολύ τακτική επαφή μ'

έναν έμπειρο κλινικό ιατρό, με τον οποίο θα προγραμματίζονται συνεδρίες, τόσο με την οικογένεια, όσο και με το παιδί, και σύμφωνα πάντα με τη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της διαταραχής (Pliszka, 2007). Τυπικά, οι συνεδρίες αυτές θα πρέπει να γίνονται από δύο έως τέσσερις φορές το χρόνο, αν τα συμπτώματα δεν είναι σοβαρά, ή μία φορά την εβδομάδα σε περίπτωση που η διαταραχή προκαλεί πολλά και συχνά προβλήματα στο παιδί. Σ' οποιαδήποτε περίπτωση, ακόμη δηλαδή κι αν το παιδί παρουσιάσει βελτίωση, είναι αναγκαίο να μη σταματήσουν οι συναντήσεις με τον κλινικό γιατρό (Pliszka, 2007).

Ταυτόχρονα, οι βασισμένες σε επιστημονικές έρευνες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις για την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ είναι η εκπαίδευση των γονέων και η άσκηση των κοινωνικών και σχολικών δεξιοτήτων των παιδιών. Η άσκηση, αρχικά, των κοινωνικών δεξιοτήτων επιτυγχάνεται με το να μαθαίνουν τα παιδιά τεχνικές, ώστε να συμπεριφέρονται καλύτερα στους συνομηλίκους τους και άρα να βελτιώνεται συνεχώς η μεταξύ τους σχέση. Πιο συγκεκριμένα, έχει παρατηρηθεί ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ βοηθούνται πιο πολύ όταν συμμετέχουν σε ομάδες, καθώς παραδειγματίζονται από τους συνομηλίκους τους «μέσω της μίμησης, της εξάσκησης, της ανατροφοδότησης και της συντελεστικής ενίσχυσης» (Wenar & Kerig, 2000, σελ. 275).

Η άσκηση των σχολικών δεξιοτήτων των παιδιών είναι είτε ατομική, είτε ομαδική και συμβάλλει ώστε τα παιδιά να προγραμματίζονται, να λαμβάνουν υπόψη τους κανόνες και οδηγίες, να ασκούνται στον αυτοέλεγχο των εργασιών τους, να μη σπαταλούν το χρόνο τους, να αντιμετωπίζονται οι ενδεχόμενες μαθησιακές τους δυσκολίες και τελικά να βελτιώνονται σαν μαθητές (Wenar & Kerig, 2000). Ακόμη, είναι σημαντικό να εφαρμοστούν από τον εκπαιδευτικό συγκεκριμένες στρατηγικές-παρεμβάσεις, καθώς ο ρόλος του έχει αποδειχθεί καταλυτικός στην πρόοδο ενός παιδιού με ΔΕΠΥ (Slavin, 2006). Μερικές απ' αυτές τις στρατηγικές είναι οι εξής: ο εκπαιδευτικός επιβάλλεται να δίνει κάποιες οδηγίες και να θέτει κανόνες που θα επαναλαμβάνει σε τακτά χρονικά διαστήματα μέσα στη τάξη, καθώς επίσης θα πρέπει να βάζει τα παιδιά με ΔΕΠΥ να κάθονται κοντά του κι όχι να βρίσκονται κοντά στο παράθυρο ή στη πόρτα. Επιπλέον, μία αποτελεσματική στρατηγική είναι να δίνει στα παιδιά αυτά ρόλους, με τους οποίους θα εκτονώνουν την ενεργητικότητά τους, να τα εντάσσει σε ομάδες και γενικότερα να τους διδάσκει τρόπους αυτοσυγκράτησης και αυτοαξιολόγησης. Παράλληλα, επιβάλλεται να ενημερώνει καθημερινά τους γονείς για τα προβλήματα ή την ενδεχόμενη βελτίωση των παιδιών, είναι απαραίτητο να δείχνει ότι καταλαβαίνει τα παιδιά με ΔΕΠΥ και να θυμάται πάντα ότι η απειθαρχία τους οφείλεται σε διαταραχή, αλλά και να συμβουλευέται και να συνεργάζεται μ' έναν εκπαιδευτικό ειδικής εκπαίδευσης (Slavin, 2006).

Τέλος, η εκπαίδευση των γονέων έχει αποδειχθεί ότι συντελεί στο να διαμορφώσουν καλύτερη σχέση με το παιδί τους, καθώς επίσης μαθαίνουν και οι ίδιοι κάποιες τεχνικές, ώστε να πάψουν οι εντάσεις και να αντιμετωπίζουν αποτελεσματικότερα τα προβλήματα που προκαλούν τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ. Ωστόσο, δεν αποκλείεται το ενδεχόμενο οι γονείς να αδυνατούν να βοηθήσουν στην περίπτωση που πάσχουν και οι ίδιοι από μία ψυχιατρική διαταραχή ή ακόμη και από ΔΕΠΥ (Wenar & Kerig, 2000).

Βιβλιογραφία

- Αναγνωστόπουλος, Δ. & Ρότσικα, Β. (2006). Γενική Ψυχοπαθολογία και συναφείς διαταραχές της παιδικής ηλικίας. Στο Κ. Σολδάτος, & Λ. Λύκουρας, *Σύγγραμμα Ψυχιατρικής* (σελ. 526-530). Αθήνα: Βήτα Ιατρικές εκδόσεις.
- Barkley, A. R. (2003). Issues in the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity

disorder in children. *Brain & Development*. Ανακτήθηκε 25 Μαρτίου 2013, από <http://www.ub.unimaas.nl/ucm/e-readers/SS229/barkley2.pdf>.

Barkley, A. R. (2002). Major Life Activity and Health Outcomes Associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Clin Psychiatry*. Ανακτήθηκε 13 Απριλίου 2013, από <http://www.jclinpsychiatry.com/pcc/pccpdf/v04s04/v63s1202.pdf>.

Biederman, J., Monuteaux, C. M., Doyle, E. A., Seidman, J. L., Wilens, E. T., Ferrero, F., Morgan, L. C., & Faraone V. S. (2004). Impact of Executive Function Deficits and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) on Academic Outcomes in Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Ανακτήθηκε 25 Μαρτίου 2013, από [http://www.researchgate.net/publication/8234358_Impact_of_executive_function_deficits_and_attention-deficithyperactivity_disorder_\(ADHD\)_on_academic_outcomes_in_children/file/79e4150f86890e83fc.pdf](http://www.researchgate.net/publication/8234358_Impact_of_executive_function_deficits_and_attention-deficithyperactivity_disorder_(ADHD)_on_academic_outcomes_in_children/file/79e4150f86890e83fc.pdf).

Boris, M. & Mandel, S. F. (1994). Foods and additives are common causes of the attention-deficit/hyperactivity disorder in children. *Annals of allergy*. 73: 462-467.

Γιαννοπούλου, Γ. Ι. (2008). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής-υπερκινητικότητας: χαρακτηριστικά και παρεμβάσεις σε φαρμακευτικό, ψυχοκοινωνικό και σχολικό επίπεδο. Στο Η. Κουρκούτας, & J-P Chartier (Επιμ.), *Παιδιά και Έφηβοι με ψυχοκοινωνικές και μαθησιακές διαταραχές* (σελ.287-302). Αθήνα: Τόπος.

DuPaul, J. G., Power, J. T., Anastopoulos, D. A., Reid, R., McGoey, E. K. & Ikeda, J. M. (1997). Teacher Ratings of Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms: Factor Structure and Normative Data. *Psychological Assessment*. Ανακτήθηκε 16 Απριλίου 2013, από <http://notendur.hi.is/~sbs5/adhd/DuPaul%20of%201997%20almennt...pdf>.

Faraone, V. S., Perlis, H. R., Doyle, E. A., Smoller, W. J., Goralnick, J. J., Holmgren, A. M. & Sklar, P. (2005). Molecular Genetics of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biol Psychiatry* 2005. Ανακτήθηκε 1 Απριλίου 2013, από <http://dept.wofford.edu/neuroscience/neuroseminar/pdfsFall2007/ADHD3.pdf>.

Κάκουρος, Ε & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων-Αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω.

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

Pelham, E. W., Fabiano, A. G., & Massetti, M. G. (2005). Evidence-Based Assessment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. Ανακτήθηκε 28 Μαρτίου 2013, από

[http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared%20Documents/1%20Assessment%20\(48\)/c%20Diagnosis%20and%20assessment%20of%20specific%20problems/Pelham%202005.pdf](http://data.psych.udel.edu/abelcher/Shared%20Documents/1%20Assessment%20(48)/c%20Diagnosis%20and%20assessment%20of%20specific%20problems/Pelham%202005.pdf).

Pliszka, S. (2007). Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Ανακτήθηκε 28 Μαρτίου 2013, από http://www.eapexpress.com/providers/Handbook/treatment/ADHD_Guidelines-Child.pdf.

Sadock, J. B. & Sadock, A. V. (2009). *Caplan & Sadock's Επίτομη Ψυχιατρική Παιδιών και Εφήβων*. Αθήνα: Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Sagvolden, T., Johansen, B. E., Aase, H. & Russell, A. V. (2005). A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. *Behavioral And Brain Sciences*. Ανακτήθηκε 28 Μαρτίου 2013, από http://www.researchgate.net/publication/7555479_A_dynamic_developmental_theory_of_attention-

[deficithyperactivity disorder \(ADHD\) predominantly hyperactiveimpulsive and combined subtypes/file/9fcfd51012e2a5d3fa.pdf](http://www.psychology.com/files/9fcfd51012e2a5d3fa.pdf).

Slavin, E. R. (2006). *Εκπαιδευτική Ψυχολογία- Θεωρία και πράξη* (Κόκκινος, Κ.-επιμ.). Αθήνα: Μεταίχμιο.

Wenar, C. & Kerig, K. P. (2000). *Εξελικτική Ψυχοπαθολογία- Από τη Βρεφική Ηλικία στην Εφηβεία* (Δ. Μαρκούλης & Γεωργάκα, Μτφρ.-επιμ.). Αθήνα: Gutenberg.

Willcutt, G. E., Doyle, E. A., Nigg, T. J., Faraone, V. S. & Pennington F. B. (2005). Validity of the Executive Function Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biol Psychiatry* 2005. Ανακτήθηκε 16 Απριλίου 2013, από http://psych.colorado.edu/~willcutt/pdfs/willcutt_2005_bp.pdf.