



Σχολή Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Βιοϊατρικών Επιστημών

Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών

Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία



Παιδαγωγικό τμήμα

Διδρυματικό Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών

Προσεγγίσεων



ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**ΔΕΠΥ: Δυσκολίες στη διαχείριση Συμπεριφορών και
Συναισθημάτων, καθώς και διαταραχές Ύπνου**

POST GRADUATE THESIS

**ADHD: Difficulty in sleeping, as well as in behaviors and emotional man-
agement**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑΣ/NAME OF STUDENT

Πηγή Ευλογιά

Pigi Evlogia

ΟΝΟΜΑ ΕΙΣΗΓΗΤΗ/NAME OF THE SUPERVISOR

Δρ. Αναστάσιος Κριεμπάρδης

Dr. Anastasios Kriebardis

ΑΙΓΑΛΕΩ/AIGALEO 2020



Faculty of Health and Caring Professions
Department of Biomedical Sciences
Faculty of Administrative, Financial and Social Sciences
Department of Early Childhood Education and Care



Department of Pedagogy



Inter-Institutional Post Graduate Program
Pedagogy through innovative Technologies and Biomedical approaches

POST GRADUATE THESIS

ADHD: Difficulty in sleeping, as well as in behaviors and emotional management

PIGI EVLOGIA

19023

mscedt19023@uniwa.gr

FIRST SUPERVISOR

ANASTASIOS KRIEBARDIS

SECOND SUPERVISOR

HARA GEORGATZAKOU

AIGALEO 2020

Δήλωση Μεταπτυχιακής Εργασίας

Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένος/η Ευλογιά Πηγή του Νικολάου, με αριθμό μητρώου 19023 φοιτητής/τρια του Διδρυματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Παιδαγωγική μέσω Καινοτόμων Τεχνολογιών και Βιοϊατρικών Προσεγγίσεων του των Τμημάτων Βιοϊατρικών Επιστημών/ Τμήμα Αγωγής και Φροντίδας στην Πρώιμη Παιδική Ηλικία/Παιδαγωγική τμήμα των Σχολών Επιστημών Υγείας και Πρόνοιας/Σχολή Διοικητικών, Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής και της Ανώτατης Σχολής Παιδαγωγικής και Τεχνολογικής Εκπαίδευσης, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος. Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

Επιθυμώ την απαγόρευση πρόσβασης στο πλήρες κείμενο της εργασίας μου μέχρι 30/12/22 και έπειτα από αίτηση μου στη Βιβλιοθήκη και έγκριση του επιβλέποντα καθηγητή.

Ο/Η Δηλών/ούσα



Ευχαριστίες

Ευχαριστώ με όλη μου την καρδιά το Θεό που μου δίνει τη δύναμη στα πάντα και την οικογένειά μου για τη βοήθεια, τη στήριξη, την ενθάρρυνση και την εμπιστοσύνη σε μένα.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τους επιβλέποντες καθηγητές μου κ. Αναστάσιο Κριεμπάρδη και κ. Χαρά Γεωργατζάκου και όλους γενικά τους καθηγητές του Διδρυματικού Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών μας.

Αφιέρωσεις

Αφιερώνω αυτή τη διπλωματική στους γονείς μου και τον αδερφό μου.

Περίληψη

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), γνωστή και με τον αγγλικό όρο Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που ορίζεται από ένα εύρος βασικών χαρακτηριστικών. Ερευνητές καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η ΔΕΠΥ έχει πολλές διαφορετικές κλινικές εικόνες, ωστόσο υπάρχουν κάποια βασικά διαγνωστικά κριτήρια. Η ΔΕΠΥ αποδίδεται κυρίως σε γενετικούς παράγοντες και σε ένα μικρό ποσοστό σε πρώιμους περιβαλλοντικούς. Τα άτομα με ΔΕΠΥ εμφανίζουν προβλήματα συμπεριφοράς και δυσκολεύονται στις διαπροσωπικές τους σχέσεις. Πολύ συχνά παρατηρείται συνύπαρξη της ΔΕΠΥ με άλλες διαταραχές, όπως για παράδειγμα ψυχιατρικές. Στα διάφορα αναπτυξιακά στάδια η συννοσηρότητα μεταβάλλεται κατά την πάροδο του χρόνου. Σημαντικός παράγοντας για την ανάπτυξη συμπτωμάτων ΔΕΠΥ είναι τα ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες(Executive Functions – Efs). Τα άτομα με ΔΕΠΥ είναι ευάλωτα στην παραβατικότητα. Είναι αξιοσημείωτο ότι τα άτομα με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν διαταραχές στον ύπνο, όπως αϋπνία, αναπνευστική διαταραχή και διάφορα άλλα σύνδρομα. Για τη βελτίωση του ύπνου συνιστανται παρεμβάσεις με χρήση φαρμάκων καθώς και με συμπεριφορικές μεθόδους. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ αντιμετωπίζουν μαθησιακές δυσκολίες, αυξημένο άγχος, και δυσκολεύονται στην αλληλεπίδραση με τους συμμαθητές και δασκάλους τους. Η ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία έχει σημαντικό αντίκτυπο στους γονείς, οι οποίοι καλούνται να αντιμετωπίσουν αυξημένες προκλήσεις σε σχέση με τον γονεϊκό τους ρόλο.

Λέξεις κλειδιά: ΔΕΠΥ, νευροαναπτυξιακή διαταραχή, διαταραχές συμπεριφοράς, διαταραχές ύπνου, μαθησιακές δυσκολίες

Abstract

Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), also known as Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), is a neurodevelopmental disorder defined by a range of key features. Researchers conclude that ADHD has many different clinical pictures, however there are some basic diagnostic criteria. ADHD is mainly attributed to genetic factors and to a small extent to early environmental factors. People with ADHD have behavioral disorders and have difficulty in interpersonal relationships. ADHD is often associated with other disorders, such as psychiatry. At different stages of development, comorbidity changes over time. An important factor for the development of ADHD symptoms is the deficits in the executive functions (Executive Functions - Efs). People with ADHD are vulnerable to delinquency. It is noteworthy that people with ADHD have sleep disorders such as insomnia, respiratory disorders and various other syndromes. To improve sleep, interventions with the use of drugs as well as behavioral methods are recommended. Children with ADHD have learning difficulties, increased stress, and difficulty interacting with their classmates and teachers. ADHD in childhood has a significant impact on parents, who are called upon to face increased challenges in relation to their parental role.

Keywords: ADHD, neurodevelopmental disorder, behavioral disorders, sleep disorders, learning difficulties

Περιεχόμενα

Δήλωση Μεταπτυχιακής Εργασίας.....	iv
Ευχαριστίες	vi
Αφιερώσεις	vii
Περίληψη	viii
Abstract	ix
Συντομογραφίες	xiii
Πρόλογος.....	1
ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ	3
Κεφάλαιο 1. Γενική θεώρηση της ΔΕΠΥ	3
Εισαγωγή.....	3
Ορισμός ΔΕΠΥ	3
Ιστορική αναδρομή	4
Διαγνωστικά κριτήρια ΔΕΠΥ	5
Αιτιοπαθογένεια-Παράγοντες κινδύνου για ΔΕΠΥ	8
Γενετικοί/βιολογικοί παράγοντες.....	8
Περιβαλλοντικοί παράγοντες	8
ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ	10
Κεφάλαιο 2: ΔΕΠΥ και διαταραχές της συμπεριφοράς.....	10
Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή-Διαταραχή Διαγωγής.....	10
Συνύπαρξη της ΔΕΠΥ με άλλες διαταραχές.....	13
ΔΕΠΥ και Επιτελικές Λειτουργίες	13
ΔΕΠΥ και Ιδιοσυγκρασία	18
ΔΕΠΥ και παραβατικότητα	21
Κεφάλαιο 3: ΔΕΠΥ και Δυσκολίες στον ύπνο	23
ΔΕΠΥ και διαταραχές του ύπνου	23
Σύνδρομο Ανήσυχων Άκρων (RLS).....	24
Περιοδικές Κινήσεις των Άκρων στον Ύπνο (PLMS).....	26
Αϋπνία κατά την Έναρξη του Ύπνου	27
Υπερβολική Νυχτερινή Κινητική Δραστηριότητα	28
Αναπνευστική Διαταραχή Ύπνου και ΔΕΠΥ.....	29
Έλλειμμα Εγρήγορης	30

Συσχέτιση υπότυπου ΔΕΠΥ και διαταραχών ύπνου	31
Παρέμβαση ύπνου σε παιδιά με ΔΕΠΥ και Αυτισμό	34
Περιγραφή παρέμβασης.....	35
ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ	38
Κεφάλαιο 4: ΔΕΠΥ - Σχολείο και Οικογένεια.....	38
Πώς η ΔΕΠΥ επηρεάζει τη λειτουργία των μαθητών στο σχολείο	38
Ο ρόλος των εκπαιδευτικών στη διαχείριση της ΔΕΠΥ	39
Η Θεωρία του Αυτοπροσδιορισμού	40
Ο ρόλος των γονέων παιδιών με ΔΕΠΥ	42
Τυπικές και εξειδικευμένες παρεμβάσεις.....	44
Σχέση μεταξύ αλλαγής συμπτωμάτων και λειτουργικότητας σε παιδιά με ΔΕΠΥ.....	45
Συμπεράσματα-Επίλογος	47
Αναφορές.....	49

Συντομογραφίες

	Αγγλική ορολογία	Ελληνική ορολογία
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder	Διαταραχή Ελλειματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα
EF	Executive Functions	Επιτελικές λειτουργίες
ODD	Oppositional Defiant Disorder	Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή
RLS	Restless Legs Syndrome	Σύνδρομο Ανήσυχων Άκρων
PLMS	Periodic Limb Movements in Sleep	Περιοδικές κινήσεις των Άκρων
SDB	Sleep Disordered Breathing	Αναπνευστική Διαταραχή Ύπνου
MSLT	Multiple Sleep Latency Test	Τέστ Καθυστέρησης Ύπνου

Πρόλογος

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ), γνωστή και με τον αγγλικό όρο Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), αποτελεί μία από τις συχνότερες νευροαναπτυξιακές διαταραχές (Πίττα, 2015). Η ΔΕΠΥ είναι οργανικής αιτιολογίας και προκαλεί σημαντικές δυσλειτουργίες σε πολλούς τομείς της ζωής του παιδιού, καθώς και του περιβάλλοντός του, οικογενειακού και ευρύτερα κοινωνικού (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2006). Εκδηλώνεται με συμπτώματα δυσκολίας στη συγκέντρωση προσοχής, υπερβολική κινητικότητα και παρορμητική συμπεριφορά, αισθητά πιο έντονη από τη συνήθη για το αναπτυξιακό στάδιο στο οποίο βρίσκεται το άτομο. Παρόλο που η διάγνωση γίνεται κυρίως σε παιδιά σχολικής ηλικίας πρόσφατα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι η ΔΕΠΥ κατά κανόνα συναντάται και μετά την ενηλικίωση (Γκόρια, Κόντρα, Παγανόπουλος, 2017).

Αν και έχουν μελετηθεί προγνωστικοί επιβαρυντικοί παράγοντες για την εκδήλωση και την παραμονή της ΔΕΠΥ κανένας από αυτούς δε μπορεί να προβλέψει απόλυτα το σύνδρομο στην κλινική πράξη. Η διάγνωση συνεπώς γίνεται περιγραφικά βασιζόμενη στην ταυτοποίηση προτύπων συμπτωμάτων και συμπεριφορών (Asherson, 2013). Αυτά τα συμπτώματα και οι συμπεριφορές αξιολογούνται βάσει κριτηρίων συγκεκριμένων εργαλείων ταξινόμησης και διάγνωσης όπως το DSM 4-TR, το DSM 5 (2013), το ICD-10 (2008) που συνεχώς αναθεωρούνται.

Αναμφισβήτητα για αρκετές δεκαετίες η ΔΕΠΥ απασχολεί παγκοσμίως σταθερά και σε μεγάλο βαθμό τις επιστήμες της Ιατρικής, της Ψυχολογίας και της Εκπαίδευσης (Αγαπητού, 2003). Στη χώρα μας η πληροφόρηση τόσο των ειδικών όσο και των γονιών και των εκπαιδευτικών για το συγκεκριμένο θέμα διενεργήθηκε με κάποια καθυστέρηση. Την τελευταία εικοσαετία όμως η ΔΕΠΥ έγινε ευρύτατα γνωστή και στην Ελλάδα. Το γεγονός αυτό από τη μία οδήγησε στον εμπλουτισμό της ελληνόγλωσσης βιβλιογραφίας, από την άλλη συνετέλεσε στην υπερδιάγνωση και ως εκ τούτου στην απόδοση πολλών προβλημάτων μάθησης και συμπεριφοράς στην παρουσία αυτής της διαταραχής (Κάκουρος και Μανιαδάκη, 2012).

Η παρούσα διπλωματική εργασία επιδιώκει να δώσει μια ξεκάθαρη και σφαιρική εικόνα για τη φύση, την αιτιολογία και τις πλέον πρωτοποριακές προσεγγίσεις αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ σε όσους ενδιαφέρονται να μάθουν γι' αυτήν, χωρίς να

απαιτείται να διαθέτουν εξειδικευμένες ιατρικές γνώσεις. Για το λόγο αυτό ίσως η παρούσα εργασία να αποτελέσει χρήσιμο εργαλείο στα χέρια των γονέων αλλά και ευρύτερα των οικογενειών παιδιών με ΔΕΠΥ καθώς και των δασκάλων τους. Αυτοί είναι που καλούνται καθημερινά να συνυπάρξουν μαζί τους, ξεπερνώντας τις δυσλειτουργίες που απορρέουν από το σύνδρομο αυτό καθαυτό αλλά και από τη συννοσηρότητα της ΔΕΠΥ με άλλες διαταραχές. Το γεγονός ότι η εργασία αξιοποιεί στοιχεία που προκύπτουν από την πολυετή ενασχόληση των ειδικών με τη ΔΕΠΥ και στηρίζεται στα νεότερα ερευνητικά δεδομένα, τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο, ενισχύει την αξιοπιστία και την εγκυρότητά της. Η εστίαση γίνεται στα προβλήματα συμπεριφοράς που αντιμετωπίζουν τα παιδιά σχολικής ηλικίας, τόσο στο σχολικό όσο και στο οικογενειακό-φιλικό τους περιβάλλον, αλλά και στις δυσκολίες στον ύπνο. Η επιλογή των προαναφερθέντων τομέων λειτουργικότητας έγινε με γνώμονα την επιβάρυνση που αυτοί προξενούν συνολικά στην ποιότητα ζωής των πασχόντων.

ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 1. Γενική θεώρηση της ΔΕΠΥ

Εισαγωγή

Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές είναι μια ομάδα καταστάσεων με έναρξη στην αναπτυξιακή περίοδο. Οι διαταραχές αυτές συνήθως εκδηλώνονται νωρίς στην ανάπτυξη, συχνά πριν το παιδί ξεκινήσει το δημοτικό σχολείο και χαρακτηρίζονται από αναπτυξιακά ελλείμματα που δημιουργούν προβλήματα στον προσωπικό, κοινωνικό, ακαδημαϊκό ή επαγγελματικό τομέα. Το εύρος των αναπτυξιακών ελλειμμάτων ποικίλλει ξεκινώντας από πολύ συγκεκριμένους περιορισμούς της μάθησης ή του ελέγχου εκτελεστικών λειτουργιών και φτάνοντας μέχρι σφαιρικά προβλήματα κοινωνικών δεξιοτήτων ή διανόησης. Οι νευροαναπτυξιακές διαταραχές συχνά συνυπάρχουν. Για παράδειγμα, άτομα που βρίσκονται στο φάσμα του αυτισμού εμφανίζουν συχνά και νοητική υστέρηση (διανοητική αναπτυξιακή διαταραχή) και πολλά παιδιά με Διαταραχή Έλλειψης Προσοχής / Υπερκινητικότητας (ADHD) έχουν επίσης κάποια συγκεκριμένη μαθησιακή διαταραχή. Σε ορισμένες διαταραχές, η κλινική εικόνα περιλαμβάνει συμπτώματα υπερβολής καθώς και ελλείψεις και καθυστερήσεις στην επίτευξη των αναμενόμενων ορόσημων (DSM-5, 2013).

Ορισμός ΔΕΠΥ

Η ΔΕΠΥ είναι μια νευροαναπτυξιακή διαταραχή που ορίζεται από δυσλειτουργικά επίπεδα απροσεξίας, από αποδιοργάνωση και / ή υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα. Η απροσεξία και η αποδιοργάνωση συνεπάγονται ανικανότητα να παραμείνει κανείς συγκεντρωμένος σε ένα καθήκον, φαινομενικά να μην ακούει, και να χάνει αντικείμενα, σε βαθμό που δεν είναι φυσιολογικός για την ηλικία του ή το επίπεδο ανάπτυξής του. Η υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα συνεπάγεται υπερδραστηριότητα, νευρικότητα, αδυναμία να μείνει κανείς στη θέση του, εισβολή σε δραστηριότητες άλλων ανθρώπων και αδυναμία αναμονής – συμπτώματα που είναι υπερβολικά για την ηλικία ή το επίπεδο ανάπτυξης. Στην παιδική ηλικία, η ΔΕΠΥ επικαλύπτεται συχνά με διαταραχές που συχνά θεωρούνται "εξωτερικές διαταραχές", όπως η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή και η Διαταραχή της Συμπεριφοράς. Η ΔΕΠΥ συχνά επιμένει στην ενηλικίωση,

με αποτέλεσμα διαταραχές της κοινωνικής, ακαδημαϊκής και επαγγελματικής λειτουργικότητας (DSM-5, 2013).

Ιστορική αναδρομή

Πριν περίπου 2500 χρόνια ο Ιπποκράτης περιέγραψε μια διαταραχή που έμοιαζε με την ΔΕΠ-Υ. Αναφέρθηκε σε παιδιά που «...αντιδρούν εσπευσμένα στα ερεθίσματα, επιμένουν όμως λιγότερο γιατί η ψυχή μετακινείται γρήγορα στην επόμενη εμπειρία...» ο Ιπποκράτης περιέγραφε την κατάστασή σαν «...διαταραχή της ισορροπίας του νερού και της φωτιάς », πρότεινε για θεραπεία «κατανάλωση ψαριού αντί κρέατος, μεγάλες ποσότητες νερού και πολλές σωματικές δραστηριότητες» (Θέραπειν» Τ. κ., 2018).

Το 1798 ο γιατρός Alexander Chichon περιέγραψε με κάθε λεπτομέρεια τα βασικά χαρακτηριστικά της διαταραχής της προσοχής που είχε πολλά κοινά με τα σημερινά διαγνωστικά κριτήρια για την ΔΕΠ-Υ, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν σχεδόν όπως αναφέρθηκαν από τον γιατρό στο DSM-IV. Το 1809 αναφέρθηκε από τον Haslam μια περίπτωση παιδιού με τα χαρακτηριστικά του υπερκινητικού τύπου της διαταραχής. Από το 1809 που έγινε η αναφορά μέχρι και στις αρχές του 20 αιώνα η διεθνής επιστημονική κοινότητα παρακολουθεί με προσοχή τέτοιες περιπτώσεις παιδιών και δίνει ιδιαίτερη σημασία στο πως θα περιγράψει και θα καταγράψει αυτές τις περιπτώσεις. Το 1897 πραγματοποιήθηκε από τον Bourneville, η πρώτη περιγραφή για την ψυχοκινητική αστάθεια των παιδιών. Ο οποίος θεώρησε την ψυχοκινητική αστάθεια ως το κύριο σύμπτωμα για μερικές ελαφρές μορφές νοητικής καθυστέρησης.

Το 1902 αναφέρθηκε για πρώτη φορά η ΔΕΠΥ από τον γιατρό George Still. Περιέγραψε έναν αριθμό παιδιών που τα βασικά χαρακτηριστικά τους ήταν η έντονη επιθετική και προκλητική συμπεριφορά καθώς και η αντίσταση τους στην πειθαρχία. Επιπρόσθετα η συμπεριφορά των παιδιών αυτών χαρακτηριζόταν από μεγάλο βαθμού παρορμητικότητα και από δυσκολία ελέγχου των αντιδράσεων. Δεν ήταν ευαισθητοποιημένα όσο αφορά την τιμωρία και παρουσίαζαν υπερκινητικότητα καθώς και διάσπαση προσοχής. Ο Still χαρακτήρισε τα παιδιά αυτά ως «άτομα με αδύναμη βούληση και μικρή ικανότητα για ηθικό έλεγχο της συμπεριφοράς τους», τα αίτια ήταν βιολογικά και οφειλόταν στο νευρολογικό υπόβαθρο της διαταραχής.

Το 1917-1918 εμφανίστηκε ξαφνικά στην Βόρεια Αμερική μια επιδημία εγκεφαλίτιδας. Τότε χρειάστηκε να αντιμετωπιστούν πολλαπλά κρούσματα παιδιών που αντιμετώπιζαν σοβαρές δυσκολίες στην συμπεριφορά τους καθώς και στις γνωστικές λειτουργίες τους. Αυτές οι δυσκολίες έχουν συσχετιστεί σήμερα με την ΔΕΠΥ καθώς τα βασικά συμπτώματα που παρουσίαζαν τα παιδιά ήταν η παρορμητική, επιθετική και αντικοινωνική συμπεριφορά, η υπερκινητικότητα, η διάσπαση προσοχής καθώς και οι μαθησιακές δυσκολίες. Με βάση τις προηγούμενες έρευνες το 1947 πρώτο εμφανίστηκε η θεωρία της «εγκεφαλικής βλάβης» ύστερα ο όρος «εγκεφαλική βλάβη» μετονομάστηκε σε «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία».

Μεγάλο εύρος ερευνών παρουσιάζουν διαφορετικά αποτελέσματα όσον αφορά τον ορισμό της υπερκινητικότητας, απροσεξίας στην ΔΕΠΥ. Καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι η διαταραχή προσοχής έχει πολλές κλινικές εικόνες. Οι πολλές διαφορετικές απόψεις σχετικά με τον ορισμό της ΔΕΠΥ έχει ως αποτέλεσμα τις επαναλαμβανόμενες τροποποιήσεις στον ορισμό και τις συνεχείς εκδόσεις του DSM (Λαζόγκα και Μαυρίδου, 2020).

Διαγνωστικά κριτήρια ΔΕΠΥ

A. Ένα επίμονο μοτίβο απροσεξίας ή / και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας που παρεμβαίνει στη λειτουργικότητα ή την ανάπτυξη, όπως χαρακτηρίζεται από (1) ή / και (2):

1. Προσοχή: Παρατηρείται επιμονή σε έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό που δεν συνάδει με το αναπτυξιακό επίπεδο και που επηρεάζει αρνητικά και άμεσα τις κοινωνικές και ακαδημαϊκές / επαγγελματικές δραστηριότητες:

Σημείωση: Τα συμπτώματα δεν είναι αποκλειστικά μια εκδήλωση εναντιωματικής συμπεριφοράς, περιφρόνησης, εχθρότητας ή αδυναμίας κατανόησης εργασιών ή οδηγιών. Για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες (ηλικίας 17 ετών και άνω), απαιτούνται τουλάχιστον πέντε συμπτώματα.

α. Συχνά δεν δίνει ιδιαίτερη προσοχή στις λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, στη δουλειά ή κατά τη διάρκεια άλλων δραστηριοτήτων (π.χ. παραβλέπει ή χάνει λεπτομέρειες, η εργασία του είναι ανακριβής).

β. Συχνά έχει δυσκολία να διατηρήσει την προσοχή σε εργασίες ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες (π.χ. έχει δυσκολία να παραμείνει εστιασμένος κατά τη διάρκεια διαλέξεων, συνομιλιών ή μακράς ανάγνωσης).

γ. Συχνά δεν φαίνεται να ακούει όταν του μιλάμε απευθείας (π.χ., το μυαλό φαίνεται να βρίσκεται αλλού, ακόμη και αν δεν υπάρχει προφανής διάσπαση της προσοχής).

δ. Συχνά δεν ακολουθεί τις οδηγίες και δεν ολοκληρώνει τις σχολικές εργασίες, μικροδουλειές ή καθήκοντα στον εργασιακό χώρο (π.χ. ξεκινά καθήκοντα, αλλά χάνει γρήγορα την εστίαση και εύκολα παρεκτρέπεται).

ε. Συχνά έχει δυσκολία στην οργάνωση εργασιών και δραστηριοτήτων (π.χ. δυσκολία διαχείρισης διαδοχικών καθηκόντων, δυσκολία διατήρησης των υλικών και των αντικειμένων, ακατάστατη, αποδιοργανωμένη δουλειά, κάνει κακή διαχείριση του χρόνου, δεν τηρεί τις προθεσμίες).

στ. Συχνά αποφεύγει, αντιπαθεί ή είναι απρόθυμος να αναλάβει εργασίες που απαιτούν συνεχή πνευματική προσπάθεια (π.χ. σχολικές εργασίες ή εργασία στο σπίτι · για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες, προετοιμασία αναφορών, συμπλήρωση εντύπων).

ζ. Συχνά χάνει τα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. εκπαιδευτικό υλικό, μολύβια, βιβλία, εργαλεία, πορτοφόλια, κλειδιά, χαρτιά, γυαλιά, κινητά τηλέφωνα).

η. Αποσπάται συχνά εύκολα από ξένα ερεθίσματα (για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες, αυτό μπορεί να περιλαμβάνει άσχετες σκέψεις).

θ. Συχνά ξεχνάει τις καθημερινές δραστηριότητες (π.χ., να κάνει δουλειές, να εκτελεί καθήκοντα. Για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες σε αυτά συγκαταλέγονται και η απάντηση σε κλήσεις, η πληρωμή λογαριασμών, η απομνημόνευση ραντεβού).

2. Υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα: Παρατηρείται επιμονή σε έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό που δεν συνάδει με το αναπτυξιακό επίπεδο και αυτό επηρεάζει αρνητικά τις κοινωνικές και ακαδημαϊκές / επαγγελματικές δραστηριότητες:

Σημείωση: Τα συμπτώματα δεν είναι αποκλειστικά μια εκδήλωση εναντιωματικής συμπεριφοράς, περιφρόνησης, εχθρότητας ή αδυναμίας κατανόησης εργασιών ή οδηγιών. Για μεγαλύτερους εφήβους και ενήλικες (ηλικίας 17 ετών και άνω), απαιτούνται τουλάχιστον πέντε συμπτώματα.

α. Συχνά κουνάει ή χτυπάει τα χέρια ή τα πόδια ή μετακινείται μπρος πίσω στο κάθισμα.

β. Συχνά σηκώνεται από το κάθισμα σε περιπτώσεις που αναμένεται να παραμείνει καθισμένος (π.χ. αφήνει τη θέση του στην τάξη, στο γραφείο ή σε άλλο χώρο εργασίας ή σε άλλες καταστάσεις που απαιτούν παραμονή στη θέση).

γ. Συχνά τρέχει ή σκαρφαλώνει σε καταστάσεις όπου αυτό δεν επιτρέπεται. (Σημείωση: Σε εφήβους ή ενήλικες αυτό μπορεί να περιορίζεται στο να αισθάνονται ανήσυχoi.)

δ. Συχνά αδυνατεί να παίξει ή να ασχοληθεί με ψυχαγωγικές δραστηριότητες ήσυχα.

ε. Συχνά δίνει την αίσθηση ότι βρίσκεται «εν κινήσει», ενεργεί σαν να «οδηγείται από κινητήρα» (π.χ., δεν μπορεί να παραμείνει ή μένει νιώθοντας άβολα σε περιστάσεις όπως σε εστιατόρια, συναντήσεις για μεγάλο χρονικό διάστημα. Μπορεί να θεωρείται από τους άλλους ως ανήσυχος ή δύσκολος να συμβαδίσει με τους υπόλοιπους).

στ. Συχνά μιλά υπερβολικά.

ζ. Συχνά δίνει μια απάντηση πριν ολοκληρωθεί μια ερώτηση (π.χ. ολοκληρώνει τις προτάσεις άλλων ανθρώπων, δεν μπορεί να περιμένει τη σειρά του σε συνομιλίες).

η. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του (π.χ., ενώ περιμένει στη σειρά).

θ. Συχνά διακόπτει ή παρεμβαίνει στη συζήτηση άλλων (π.χ., σε συζητήσεις, παιχνίδια ή δραστηριότητες. Μπορεί να αρχίσει να χρησιμοποιεί τα πράγματα άλλων ανθρώπων χωρίς να ζητά ή να λαμβάνει άδεια. Για εφήβους και ενήλικες αυτό μπορεί να σημαίνει ότι εισβάλλει ή αναλαμβάνει ξαφνικά αυτό που κάνουν άλλοι).

Β. Αρκετά συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας υπήρχαν πριν από την ηλικία των 12 χρόνων.

Γ. Αρκετά συμπτώματα απροσεξίας ή υπερκινητικότητας/ παρορμητικότητας υπάρχουν σε δύο ή περισσότερα πλαίσια (π.χ. στο σπίτι, στο σχολείο ή στην εργασία, με φίλους ή συγγενείς, σε άλλες δραστηριότητες).

Δ. Υπάρχουν σαφείς ενδείξεις ότι τα συμπτώματα παρεμβαίνουν ή μειώνουν την ποιότητα των κοινωνικών, ακαδημαϊκών ή επαγγελματικών λειτουργιών.

Ε. Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της σχιζοφρένειας ή άλλης ψυχωτικής διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα από άλλη ψυχική διαταραχή.

Π.χ. διαταραχή της διάθεσης, αγχώδης διαταραχή, διαταραχή προσωπικότητας, κατάχρηση ουσιών, κ.ά (DSM-5, 2013).

Αιτιοπαθογένεια-Παράγοντες κινδύνου για ΔΕΠΥ

Γενετικοί/βιολογικοί παράγοντες

Η ΔΕΠΥ εκδηλώνεται εξαιτίας νευροβιολογικών ελλειμμάτων. Περίπου το 80% αποδίδεται σε γενετικά/βιολογικά αίτια και το 20% σε πρώιμα περιβαλλοντικά. Στη φυσική πορεία αυτών επιδρούν και ψυχοκοινωνικά αίτια. Στους γενετικούς και βιολογικούς παράγοντες κινδύνου συγκαταλέγονται τα γονιδιακά ελλείμματα, η ελάττωση/δυσλειτουργία των νευροδιαβιβαστών στις συνάψεις, η υπολειτουργία του πρόσθιου μετωπιαίου λοβού, καθώς και τα ελλείμματα των επιτελικών λειτουργιών. Η κληρονομικότητα-γενετική φαίνεται πως παίζει σπουδαίο ρόλο στην εμφάνιση της εν λόγω διαταραχής. Και αυτό γιατί κατά 75% κληρονομείται, κατά 82% παρατηρείται σε μονοωογενή δίδυμα, ενώ έχει διαπιστωθεί ερευνητικά ότι το 30-40% των παιδιών με ΔΕΠΥ έχουν ένα γονιό με χαρακτηριστικά ΔΕΠΥ. Τέλος η διαταραχή συναντάται πιο συχνά στα αγόρια (4:1). Γονίδια με μικρή δράση για εκδήλωση ΔΕΠΥ είναι τα DRD4, DRD5, DAT1, SLC6A3, DBH, SNAP25, SLC6A4, HTR1B. Δεν έχουν βρεθεί γονίδια με μεγάλη δράση (Κόρπα, 2019).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Μελέτες που διενεργήθηκαν σε δίδυμα κατέδειξαν ότι το 9-20% της διαφοροποιημένης εκδήλωσης της διαταραχής όσον αφορά τη συμπεριφορά αποδίδεται σε περιβαλλοντικά, μη-γενετικά αίτια. Οι περιβαλλοντικοί παράγοντες κινδύνου διακρίνονται σε προγεννητικούς, περιγεννητικούς και μεταγεννητικούς. Κατά τη διάρκεια της κύησης ασθένειες όπως η τοξιναιμία και η εκλαμψία θεωρούνται επιβαρυντικοί περιβαλλοντικοί παράγοντες για γέννηση βρεφών που μελλοντικά θα παρουσιάσουν ΔΕΠΥ. Στην ίδια κατηγορία εντάσσονται η φτωχή υγεία της μητέρας, η ηλικία της, η μεγάλη διάρκεια του τοκετού, η εμβρυική δυσφορία και η προγεννητική αιμορραγία. Βρέφη που γεννιούνται πρόωρα και λιποβαρή είναι πιο επιρρεπή στην εκδήλωση ΔΕΠΥ από τα υπόλοιπα.

Σε περίπτωση που κατά την κύηση η μέλλουσα μητέρα καπνίζει εμφανίζεται αυξημένος κίνδυνος όχι μόνο για ΔΕΠΥ αλλά και για Διαταραχή Διαγωγής, αντικοινωνική συμπεριφορά, φτωχή σχολική επίδοση, χαμηλές επιδόσεις στα τεστ νοημοσύνης και ικανοτήτων. Θετική συσχέτιση όμως βρέθηκε με βάση πειραματικές μελέτες και μεταξύ της ΔΕΠΥ και της χρόνιας έκθεσης της μητέρας στο κάπνισμα καθώς αυτή κυοφορεί. Παιδιά με DAT 480/480 που εκτέθηκαν προγεννητικά στο κάπνισμα παρουσίαζαν

σημαντικά αυξημένα ποσοστά υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας και εναντιωματικής προκλητικής συμπεριφοράς. Η έκθεση σε αλκοόλ προγεννητικά σε παιδιά από την Αγγλία και την Ταϊwan οδήγησε σε αυξημένο κίνδυνο για ΔΕΠΥ. Το αλκοόλ κατά την κύηση ενδέχεται να οδηγήσει σε γνωσιακά και συμπεριφορικά προβλήματα, όπως υπερκινητικότητα, διαταρακτική συμπεριφορά, ψυχιατρικές διαταραχές. Επιπλέον σε χαμηλότερη νοητική απόδοση, μάθηση, μνήμη, γλώσσα, προσοχή, ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες, στη λεπτή & αδρή κινητικότητα και τέλος στην κοινωνικότητα (Κόρπα, 2019).

ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 2: ΔΕΠΥ και διαταραχές της συμπεριφοράς

Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή-Διαταραχή Διαγωγής

Είναι σημαντικό για επαγγελματίες που εργάζονται με παιδιά και νέους να κατανοήσουν διαταραχές της συμπεριφοράς ή σχετικές προκλητικές συμπεριφορές.

Η υπερβολική παρουσία μη συμμόρφωσης σε ένα παιδί, με ή χωρίς επιθετικότητα, αναπόφευκτα δημιουργεί τεράστιες προκλήσεις σε γονείς και δασκάλους. Υπάρχει επίσης μια αυξανόμενη συνειδητοποίηση του οικονομικού και κοινωνικού κόστους για την ευρύτερη κοινότητα. Παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς συχνά εμφανίζονται διστακτικά στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και αγωνίζονται να λειτουργήσουν με έναν κοινωνικά αποτελεσματικό τρόπο. Φυσικά τα παιδιά γεννιούνται με αξιοσημείωτες δυνατότητες συναισθηματικής και κοινωνικής ανάπτυξης. Χρειάζεται χρόνος για να μάθουν να συμπεριφέρονται «σωστά», δηλαδή σύμφωνα με τα κοινωνικά και πολιτισμικά καθορισμένα πρότυπα (Baker, 2012).

Οι επιθετικές ή αντιθετικές αντιδράσεις δεν αποτελούν πάντα από μόνες τους ακατάλληλη συμπεριφορά. Το κλειδί βρίσκεται στο να αναγνωρίζεις πώς, πότε και πού μπορεί να είναι αυτό το είδος απόκρισης κοινωνικά αποδεκτό. Ένας τρόπος κατανόησης βίαιων ή αντικοινωνικών συμπεριφορών από πλευράς παιδιών και εφήβων είναι ως αποτυχία να αποκτήσουν την κατάλληλότερη κοινωνική απόκριση απέναντι στην ανάπτυξη ανεπιθύμητων ή αναποτελεσματικών συμπεριφορών. Το να καθοριστεί πότε οι αντικοινωνικές συμπεριφορές απαιτούν επαγγελματική παρέμβαση είναι μια πρόκληση. Οι δυσκολίες στη συμπεριφορά χρειάζεται να διακρίνονται από την «φυσιολογική» εμφάνιση αντιθετικών συμπεριφορών ως μέρος μιας αυξανόμενης αίσθησης εξατομίκευσης και αυτονομίας με τρόπο κατάλληλο για την κάθε ηλικία. Η «φοβερή εφηβεία» είναι αναπτυξιακή φάση που παρατηρείται σε πολλά παιδιά. Ενώ είναι πρόκληση για γονείς και άλλους ενήλικες που φροντίζουν παιδιά, είναι σε κάποιο βαθμό φυσιολογικό, σημαντικό στάδιο της ψυχοκοινωνικής ανάπτυξης του ανθρώπου. Ωστόσο, σε ορισμένα παιδιά οι αντικοινωνικές ή εναντιωματικές συμπεριφορές υπερβαίνουν τα συνηθισμένα.

Και τα δύο αναγνωρισμένα συστήματα ψυχιατρικής ταξινόμησης (ICD- 10 και DSM-IV) ορίζουν τη διαταραχή συμπεριφοράς ως επαναλαμβανόμενο και επίμονο

μοτίβο επιθετικής, προκλητικής ή αντικοινωνικής συμπεριφοράς. Το DSM-IV περιγράφει περαιτέρω δύο κατηγορίες αντικοινωνικής διαταραχής στην παιδική ηλικία: Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Πίνακας 1) και Διαταραχή της Συμπεριφοράς/ Διαταραχή της Διαγωγής (Πίνακας 2). Αυτές οι κατηγορίες αναγνωρίζονται ως ετερογενείς και αλληλεπικαλύπτονται (Baker, 2012). Το εναντιωματικό μικρό παιδί μπορεί να αναπτύξει σοβαρότερα προβλήματα συμπεριφοράς ή παραβατική συμπεριφορά με την πάροδο του χρόνου. Για να χαρακτηριστεί ως Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή, η συμπεριφορά πρέπει να εμφανίζεται συχνότερα από ότι συνήθως παρατηρείται στα παιδιά συγκρίσιμης ηλικίας και σε παρόμοιο αναπτυξιακό επίπεδο. Επιπλέον, πρέπει να οδηγούν σε σημαντικές διαταραχές στην κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική ζωή. Αν και η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή και η Διαταραχή Συμπεριφοράς αλληλεπικαλύπτονται στον ορισμό και την παρουσίαση, μπορούν να διαφοροποιηθούν. Η Διαταραχή Συμπεριφοράς/ Διαγωγής συνεπάγεται παραβίαση των βασικών δικαιωμάτων των άλλων, κοινωνικοί κανόνων ή νόμους (Πίνακας 2).

Το DSM-IV διακρίνει δύο υπότυπους διαταραχής συμπεριφοράς με βάση την ηλικία που αυτή πρωτοεμφανίζεται. Αυτό έρχεται σε συμφωνία με εκτεταμένες αποδείξεις ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς στην πρώιμη παιδική ηλικία συχνά επιμένουν και αποτελούν ένα ξεχωριστό προφίλ κινδύνου. Αυτά τα παιδιά έχουν πολύ πιο δυσσίωνες μακροπρόθεσμες προοπτικές σε σχέση με τα παιδιά που παρουσιάζουν διαταραχές συμπεριφοράς για πρώτη φορά στην εφηβεία. Στον τύπο παιδικής έναρξης, τουλάχιστον μία από τις 15 συμπεριφορές (Πίνακας 2) πρέπει να εμφανιστεί πριν από την ηλικία των 10. Στον εφηβικό τύπο έναρξης, καμία συμπεριφορά δεν εμφανίζεται πριν από την ηλικία των 10 ετών.

Πίνακας 1:Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή

Το DSM-IV δηλώνει ότι χαρακτηρίζεται από τη συχνή εμφάνιση τουλάχιστον τεσσάρων από τα ακόλουθα, που παραμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες:

- Το παιδί χάνει την ψυχραιμία του με τους ενήλικες
- Διαφωνεί με ενήλικες
- Ενεργεί αψηφώντας ή αρνούμενο να συμμορφωθεί με το αίτημα ή τους κανόνες των ενηλίκων

- Κάνει εσκεμμένα πράγματα που θα ενοχλήσουν τους άλλους
- Κατηγορεί τους άλλους για τα δικά του λάθη ή συμπεριφορές
- Είναι ευερέθιστο ή εύκολα ενοχλείται από άλλους
- Είναι θυμωμένο και δυσαρεστημένο
- Είναι μοχθηρό ή εκδικητικό

Πίνακας 2: Διαταραχή Συμπεριφοράς/ Διαγωγής

Το DSM-IV παραθέτει τις ακόλουθες 15 συμπεριφορές κατηγοριοποιημένες σε τέσσερις ενότητες. Τουλάχιστον τρία κριτήρια/ συμπεριφορές πρέπει να υπάρχουν εμφανώς στο προηγούμενο έτος για να πληρούν τα κριτήρια, με ένα παρόν τους τελευταίους 6 μήνες:

Επιθετικότητα σε ανθρώπους και ζώα

- Εκφοβισμός
- Τσακωμοί
- Χρήση όπλου
- Σωματική βία στους ανθρώπους
- Σωματική βία στα ζώα
- Κλοπή ερχόμενος σε αντιπαράθεση με το θύμα
- Βιασμός

Καταστροφή περιουσίας

- Εμπρησμός
- Άλλες καταστροφές περιουσίας

Παραπλάνηση ή κλοπή

- Διάρρηξη
- Ψέματα για προσωπικό κέρδος
- Κλοπή χωρίς να αντιμετωπίσει το θύμα

Σοβαρή παραβίαση κανόνων

- Να μείνει έξω τη νύχτα ή να το σκάσει πριν από την ηλικία των 13 ετών
- Να φύγει από το σπίτι μια νύχτα τουλάχιστον δύο φορές
- Να το σκάει συχνά από το σχολείο, ξεκινώντας πριν από την ηλικία των 13 ετών

Συνύπαρξη της ΔΕΠΥ με άλλες διαταραχές

Η Έλλειψη Προσοχής / Διαταραχή Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι ένα πολύ συχνό πρόβλημα που αντιμετωπίζεται στην κλινική πράξη. Η συχνότητα εμφάνισής του για τα παιδιά είναι 3-8% παγκοσμίως και χαρακτηρίζεται από συννοσηρότητα. Πάνω από τα 2/3 των ασθενών με ΔΕΠΥ έχουν κάποια συσχετισμένη ψυχιατρική διαταραχή, με πιο συχνές την αγχώδη διαταραχή και την κατάθλιψη. Επομένως, είναι σημαντικό να ελέγχεται η παρουσία άλλων συννοσηρών διαταραχών όταν ένα παιδί διαγιγνώσκεται με ΔΕΠΥ.

Ανάλογα με τις ψυχοπαθολογίες που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ, η κλινική εικόνα μπορεί να είναι πιο περίπλοκη και η σωστή διάγνωση μπορεί να αποτελεί πρόκληση. Επομένως, πρέπει να γίνει μια προσεκτική αρχική αξιολόγηση για να εξαιρεθεί οποιαδήποτε πιθανή εσφαλμένη διάγνωση. Επιπλέον, τόσο η πρόγνωση όσο και η έκβαση των παιδιών με ΔΕΠΥ με συννοσηρότητα είναι χειρότερη σε σχέση με τα παιδιά που παρουσιάζουν μόνο ΔΕΠΥ.

Είναι σημαντικό να αναγνωρίζεται ότι η εκδήλωση της ΔΕΠΥ και των περισσότερων από τις κοινές συννοσηρές διαταραχές αλλάζει με την πάροδο του χρόνου καθώς το άτομο διέρχεται από τα διάφορα αναπτυξιακά στάδια. Κατά την πρώιμη παιδική ηλικία οι συννοσηρές διαταραχές που εμφανίζονται πιο συχνά είναι η Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή (Oppositional Defiant Disorder - ODD), η ενούρηση και οι δυσκολίες στη χρήση της γλώσσας. Συμπτώματα αγχώδους διαταραχής και τικ παρατηρούνται συχνότερα στα μέσα του σχολείου. Η αρχή της εφηβείας σχετίζεται με την εμφάνιση της διαταραχής της διάθεσης, της προσωπικότητας και της κατάχρησης ουσιών. Επιπλέον, πολλά παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν μια συγκεκριμένη μαθησιακή διαταραχή. Σε παιδιά με διανοητικές αναπηρίες, οριακό IQ ή αναπτυξιακές διαταραχές η ΔΕΠΥ είναι τρεις φορές πιο διαδεδομένη σε σύγκριση με το γενικό πληθυσμό (Masi and Gignac, 2015).

ΔΕΠΥ και Επιτελικές Λειτουργίες

Ένας αυξανόμενος αριθμός στοιχείων δείχνει ότι τα προβλήματα πρώιμης συμπεριφοράς τείνουν να παραμένουν. Από την άλλη πλευρά, πολλές από τις συμπεριφορές που

θεωρούνται προβληματικές στα μεγαλύτερα παιδιά θεωρούνται φυσιολογικές κατά την προσχολική περίοδο. Αυτό μπορεί να θεωρηθεί ιδιαίτερα αληθές για συμπτώματα της ΔΕΠΥ όπως υψηλό επίπεδο δραστηριότητας, παρορμητικότητα και απροσεξία – συμπεριφορές που εμφανίζονται σε κάποιο βαθμό στα περισσότερα μικρά παιδιά. Ωστόσο, προηγούμενη έρευνα έδειξε ότι ορισμένα παιδιά που εμφανίζουν υψηλά επίπεδα αυτών των συμπεριφορών κατά την προσχολική ηλικία όχι μόνο τείνουν να παρουσιάζουν συνεχώς προβλήματα σε αυτόν τον τομέα, αλλά και προβλήματα σε άλλες πτυχές της κοινωνικό-συναισθηματικής ανάπτυξης όπως ελλείψεις κοινωνικές δεξιότητες, προβλήματα συμπεριφοράς, εσωτερικοποίηση προβλημάτων και δυσλειτουργική ρύθμιση συναισθημάτων. Έτσι, υψηλά επίπεδα πρώιμων συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ φαίνεται να προμηνύουν ένα ευρύ φάσμα προβληματικών συμπεριφορών αργότερα στην ανάπτυξη.

Εκτός από τα επίπεδα πρώιμων προβλημάτων, ένας παράγοντας που μπορεί να είναι σημαντικός για την ανάπτυξη συμπτωμάτων ΔΕΠΥ καθώς και για συναφή κοινωνικό-συναισθηματικά προβλήματα είναι τα ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες (Executive Functions -EFs). Αυτές οι γνωστικές λειτουργίες υψηλότερου επιπέδου εξυπηρετούν το σκοπό της διατήρησης μελλοντικών στόχων και περιλαμβάνουν λειτουργίες όπως ο ανασταλτικός έλεγχος, η μνήμη εργασίας και ο προγραμματισμός. Αρκετές προηγούμενες μελέτες έχουν ανακαλύψει ταυτόχρονη εμφάνιση σχέσεων μεταξύ συμπτωμάτων προβληματικών επιτελικών λειτουργιών EF(Executive Functions) και ΔΕΠΥ τόσο σε τυπικά όσο και σε κλινικά δείγματα, καθώς και σε σχέση με άλλες πτυχές του κοινωνικού τομέα. Ωστόσο, για να αποκτήσουμε περαιτέρω γνώσεις σχετικά με τη σταθερότητα και το πώς οι διάφορες μεταβλητές δρουν ως προγνωστικοί παράγοντες των προβλημάτων συμπεριφοράς σε μικρά παιδιά, χρειαζόμαστε διαχρονικές μελέτες μη κλινικών δειγμάτων. Με τη χρήση μη κλινικών δειγμάτων μπορούμε να αποφύγουμε την προδιάθεση επιβεβαίωσης της θεωρίας που είναι γνωστό ότι επηρεάζει τα κλινικά δείγματα (Wahlstedt, Thorell & Bohlin, 2008).

Επιπροσθέτως, έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά που εμφανίζουν συμπτώματα ψυχιατρικών διαταραχών αλλά δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια για μια συγκεκριμένη διαταραχή παρουσιάζουν εξίσου ελλείμματα όσον αφορά τον ψυχοκοινωνικό τομέα όπως και τα παιδιά που έχουν διαγνωστεί με συγκεκριμένη

διαταραχή. Αυτό δείχνει ότι τα αποτελέσματα από μελέτες που χρησιμοποιούν δείγματα από το γενικό πληθυσμό είναι σημαντικά για τα συμπτώματα ΔΕΠΥ γενικά.

Όσον αφορά τις διαχρονικές σχέσεις μεταξύ των πρώιμων EF και των μεταγενέστερων προβλημάτων συμπεριφοράς οι Berlin, Bohlin και Rydell (2003) διαπίστωσαν ότι ο ανασταλτικός έλεγχος στην προσχολική ηλικία συσχετίστηκε με αμφότερα τα συμπτώματα υπερκινητικότητας και την απροσεξία στη σχολική ηλικία σε ένα δείγμα με βάση το γενικό πληθυσμό. . Επιπλέον, υπάρχουν μερικές άλλες μη κλινικές μελέτες που ερευνούν το ευρύτερο φάσμα προβλημάτων στις διαπροσωπικές σχέσεις παρά των συμπτωμάτων ΔΕΠΥ συγκεκριμένα, και έχουν βρει διαχρονικές σχέσεις μεταξύ EF και μεταγενέστερων προβλημάτων συμπεριφοράς. Σε δύο από αυτές τις μελέτες, ερευνητές έλεγξαν την ύπαρξη επιπέδων συμπτωμάτων από μηδενική βάση, πράγμα που σημαίνει ότι ήταν σε θέση να αποδείξουν ότι οι προβληματικές επιτελικές λειτουργίες (EF) είναι ένας προγνωστικός παράγοντας για μεταγενέστερα προβλήματα στις αλληλεπιδράσεις με τον εξωτερικό κόσμο, ανεξάρτητα από την επιρροή των πρώιμων προβληματικών επιπέδων.

Παρόλο που έχει υποστηριχθεί ότι η ανθρώπινη συμπεριφορά απαιτεί σε μεγάλο βαθμό ικανοποιητικές επιτελικές λειτουργίες για να ανταποκριθεί επιτυχώς, λίγες μόνο προηγούμενες μελέτες έχουν εξετάσει τις διαχρονικές σχέσεις μεταξύ των ανεπαρκών EF και άλλων προβλημάτων συμπεριφοράς στην παιδική ηλικία εκτός από τα συμπτώματα ΔΕΠΥ. Η κακή ανασταλτική ικανότητα έχει αποδειχθεί ότι σχετίζεται μακροπρόθεσμα με συμπεριφορές που χαρακτηρίζονται από αδυναμία συνεργασίας με άλλους ανθρώπους ακόμη και κατά τον έλεγχο της συμπεριφοράς από μηδενική βάση. Επιπλέον, υπάρχουν δύο μελέτες που καταδεικνύουν σημαντικές σχέσεις μεταξύ μειωμένων EF και ενδοπροσωπικών προβλημάτων, και σε μία από αυτές τις μελέτες φάνηκαν οι σχέσεις μεταξύ ελλειμμάτων EF και κακής κοινωνικής.

Ωστόσο, οι επιδράσεις στα αποτελέσματα ήταν γενικά περιορισμένες, και όσον αφορά τα προβλήματα με τον εσωτερικό κόσμο, ο Riggs και οι συνεργάτες του (2003) βρήκαν σημαντικές επιπτώσεις σύμφωνα με τις γονικές αξιολογήσεις της προβληματικής συμπεριφοράς, αλλά όχι σύμφωνα με τις αξιολογήσεις των εκπαιδευτικών. Έτσι, η σχέση μεταξύ της πρώιμης δυσλειτουργίας των EF και του μετέπειτα κοινωνικό-συναισθηματικού ελλείμματος πρέπει να μελετηθεί περαιτέρω, κατά προτίμηση συμπεριλαμβανομένων των συμπτωμάτων ΔΕΠΥ έτσι ώστε να διευκρινιστεί εάν η

αδυναμία των EF σχετίζεται με αυτά τα αποτελέσματα ανεξάρτητα από τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ.

Όσον αφορά τις συνδυασμένες επιδράσεις των συμπτωμάτων ΔΕΠΥ και των ελλειμμάτων EF, λίγες μελέτες έχουν διερευνήσει αυτό το ζήτημα, αν και τα αποτελέσματα από δύο προηγούμενες έρευνες, μία μη κλινική και μία κλινική, δείχνουν ότι τα συμπτώματα ΔΕΠΥ, αλλά όχι τα ελλείμματα EF έχουν επίδραση στην κοινωνικοποίηση. Τα συμπτώματα ΔΕΠΥ σε συνδυασμό με ελλείμματα EF βρέθηκαν ωστόσο ότι ασκούν επιδράσεις στα ακαδημαϊκά επιτεύγματα σε αυτές τις δύο μελέτες. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από το γεγονός ότι σε αντίθεση με τη γενική κοινωνική λειτουργία, η ακαδημαϊκή επιτυχία σχετίζεται έντονα με την ευφυΐα, η οποία με τη σειρά της σχετίζεται με την επιτελική λειτουργία.

Στόχος της μελέτης των Wahlstedt και συν.,(2008) ήταν να αξιολογήσει την εξέλιξη για μια περίοδο δύο ετών παιδιών που, στην προσχολική ηλικία, αναγνωρίστηκαν ότι είχαν υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων ΔΕΠΥ και / ή διαταραχές της EF. Σύμφωνα με τις προβλέψεις, τα αποτελέσματα έδειξαν σταθερότητα όσον αφορά τον αντίστοιχο τομέα λειτουργίας. Όπως ήταν αναμενόμενο, διαταραχές στις EF που εκδηλώνονταν από νωρίς λειτουργούσαν επίσης ως προγνωστικός παράγοντας για μεταγενέστερα προβλήματα που σχετίζονταν με την απροσεξία, και η σύγκριση των ομάδων (πειραματική ομάδα και ομάδα ελέγχου) έδειξε ότι τόσο η προσοχή όσο και η υπερκινητικότητα ήταν σημαντικά υψηλότερες για παιδιά με ελλείμματα στις επιτελικές λειτουργίες στην προσχολική ηλικία. Όσον αφορά το ευρύτερο φάσμα λειτουργιών, τα υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων ΔΕΠΥ φάνηκε να συνδέονται διαχρονικά με το ευρύτερο πεδίο της κοινωνικής λειτουργίας, που συμπεριελάμβαναν συμπτώματα Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής-ODD, χαμηλότερα επίπεδα κοινωνικής ικανότητας και προβλήματα συναισθηματικής ρύθμισης. Επειδή δε βρέθηκαν σημαντικά αποτελέσματα αλληλεπίδρασης, δεν κατέστη δυνατό να υποστηριχτεί η ιδέα ότι ο συνδυασμός υψηλών επιπέδων συμπτωμάτων ΔΕΠΥ και διαταραχών της EF αποτελεί έναν επιδεινωμένο κίνδυνο για μεταγενέστερη συμπεριφορική ή γνωστική λειτουργία.

Στη μελέτη των Wahlstedt και συν., (2008) με δείγμα που βασίζεται στην κοινότητα, φάνηκε ότι τα συμπτώματα πρώιμης ΔΕΠΥ είναι ένας σημαντικός παράγοντας πρόβλεψης μιας ευρείας περιοχής προβληματικών συμπεριφορών. Έτσι, τα επίπεδα συμπτωμάτων ακόμη και κάτω από το κατώτατο κλινικό όριο είναι ενδιαφέροντα για την

κατανόηση της ανάπτυξης των παιδιών. Από μια πιο κλινική σκοπιά, ένα σημαντικό ερώτημα σχετίζεται με το πώς μπορούν να γενικευτούν τα αποτελέσματα από μελέτες δειγμάτων που βασίζονται στην κοινότητα σε κλινικούς πληθυσμούς. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την αντιμετώπιση αυτού του ζητήματος, αλλά αυτό που έχει αποδειχθεί είναι ότι η συννοσηρότητα και οι περιορισμοί που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ δεν διαφέρουν στην κοινότητα έναντι κλινικών δειγμάτων. Έτσι, τα αποτελέσματα από δείγματα που βασίζονται στην κοινότητα παρέχουν πολύτιμες πληροφορίες για τα συμπτώματα ΔΕΠΥ γενικά και ως εκ τούτου πρέπει να θεωρηθούν ως ένα σημαντικό συμπληρωματικό στοιχείο σε έρευνα που είναι περισσότερο κλινικά προσανατολισμένη.

Συμπερασματικά, τόσο τα πρόσθετα όσο και από τα διαδραστικά αποτελέσματα των πρώιμων συμπτωμάτων ΔΕΠΥ και των ελλειμμάτων στις Επιτελικές Λειτουργίες -EF σε μεταγενέστερα συμπεριφορικά και γνωστικά αποτελέσματα δείχνουν ότι τόσο τα συμπτώματα ΔΕΠΥ όσο και οι μειωμένες Επιτελικές Λειτουργίες- EF λειτουργούν ως πρώτοι προγνωστικοί παράγοντες προβληματικών συμπεριφορών, αν και φαίνεται ότι οι προβλέψεις βασίζονται σε συμπτώματα ΔΕΠΥ που περιλαμβάνουν ένα ευρύτερο φάσμα προβλημάτων. Ερχόμενη σε συμφωνία με μοντέλα ετερογένειας στη ΔΕΠΥ, η παρούσα μελέτη επισημαίνει την ανάγκη για θεωρητική ανάπτυξη και εμπειρικές μελέτες που θα προωθήσουν την κατανόησή μας αναφορικά με τη σχετικά μεγάλη ομάδα παιδιών με υψηλά επίπεδα συμπτωμάτων ΔΕΠΥ, αλλά χωρίς εξασθένηση της στις Επιτελικές Λειτουργίες -EF (Wahlstedt et al., 2008).

Σύμφωνα με τους Hong και συν., (2010) Παιδιά με ΔΕΠΥ ηλικίας 7-9 ετών παρουσιάζουν χαμηλότερη επίδοση σε τεστ Επιτελικών Λειτουργιών σε σχέση με παιδιά της ομάδας ελέγχου, ενώ παιδιά ηλικίας 10-12 ετών δε διαφοροποιούνται. Η ίδια μελέτη έφτασε στο συμπέρασμα ότι η αναστολή ωριμάζει στα 10 έτη περίπου. Η μετατόπιση προσεγγίζει τα επίπεδα των ενηλίκων στα 11 και αναπτύσσεται συνεχώς μέχρι και τα 17 έτη. Για τη μνήμη εργασίας κομβικό σημείο είναι τα 10 έτη και η περίοδος της εφηβείας ενώ ο σχεδιασμός ωριμάζει μέχρι τα 17 έτη και εξελίσσεται ως και τα 20 (Hong et al, 2010).

Σε παιδιά τυπικής ανάπτυξης 7-15 ετών, η εξέλιξη της αναστολής, της μνήμης εργασίας και του σχεδιασμού σταθεροποιείται στα 11-12 έτη, ενώ η δεξιότητα της μετατόπισης συνεχίζει να αναπτύσσεται μέχρι τα 13-15 έτη. Η υπόθεση της αναπτυξιακής καθυστέρησης των επιτελικών λειτουργιών στη ΔΕΠΥ επιβεβαιώνεται. Η

ανασταλτική λειτουργία και η μετατόπιση παρουσίασαν καθυστέρηση 2 περίπου ετών , ενώ η μνήμη εργασίας και ο σχεδιασμός παρόμοια αναπτυξιακή πορεία (Qian et al., 2013).

ΔΕΠΥ και Ιδιοσυγκρασία

Η διαταραχή συμπεριφοράς ΔΕΠΥ ορίζεται από την παρουσία συμπτωμάτων απροσεξίας και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, σε βαθμό που δε συμβαδίζει με το αναπτυξιακό επίπεδο. Τα συμπτώματα ΔΕΠΥ εμφανίζονται νωρίς στη ζωή, συνεχίζονται δια βίου και αναγνωρίζονται όλο και περισσότερο ως τομείς που θα πρέπει να αξιολογούνται με διαστατική ανάλυση. Λαμβάνοντας υπόψη τη χαρακτηριστική φύση της ΔΕΠΥ, οι μελετητές υπογραμμίζουν την ευρεία μεταβλητότητα στη συμπεριφορά μεταξύ ατόμων με ΔΕΠΥ, όχι μόνο στην έκφραση των συμπτωμάτων, αλλά και σε επίπεδα προσαρμοστικής λειτουργίας, ψυχιατρικής συννοσηρότητας και συχνότητας εμφάνισης συμπεριφορικών και συναισθηματικών προβλημάτων. Οι θεωρητικοί υποδηλώνουν όλο και περισσότερο ότι η μελέτη της ιδιοσυγκρασίας και των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας θα μπορούσαν να βελτιώσουν ουσιαστικά την κατανόηση αυτής της ευρείας ετερογένειας που χαρακτηρίζει τη ΔΕΠΥ. Έχουν επισημανθεί δύο ιδιαίτερα ελπιδοφόροι δρόμοι. Πρώτον, τα χαρακτηριστικά προτείνονται να έχουν διαγνωστική συνάφεια γιατί διευρύνουν την κατανόησή μας για τα τρέχοντα συμπεριφορικά κριτήρια και αποτυπώνουν την ετερογένεια στην έκφραση των συμπτωμάτων ΔΕΠΥ (Martel, 2009).

Δεύτερον, η παραλλαγή χαρακτηριστικών θεωρείται ότι επηρεάζει την εμφάνιση δυσπροσαρμοστικής συμπεριφοράς και ως εκ τούτου θα μπορούσε να εξηγήσει εν μέρει τα διαφοροποιημένα επίπεδα των προβληματικών συμπεριφορών σε άτομα με ΔΕΠΥ. Μέχρι σήμερα, η εμπειρική έρευνα ασχολήθηκε κυρίως με την πρώτη επιλογή συνθέτοντας ξεχωριστά χαρακτηριστικά γνωρίσματα ιδιοσυγκρασίας ή προσωπικότητας που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ. Και στα παιδιά και στους ενήλικες, αυτή η έρευνα εντοπίζει ένα συνεχώς αυξανόμενο αριθμό χαρακτηριστικών που διακρίνουν τα άτομα με ΔΕΠΥ από τους τυπικά αναπτυσσόμενους συνομηλίκους τους. Σε σύγκριση με αυτήν την αυξανόμενη βιβλιογραφία σε διαφορές μέσου επιπέδου εκπληκτικά λίγη έρευνα έχει διερευνήσει τη δεύτερη οδό, εξετάζοντας το ρόλο της παραλλαγής χαρακτηριστικών στην έκφραση προβληματικών συμπεριφορών σε ομάδες παιδιών με ΔΕΠΥ (De Pauw and

Mervielde, 2011). Αυτή η έλλειψη μελετών μπορεί να σχετίζεται με τη διαδεδομένη αντίληψη ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ ανήκουν στην ομάδα των διαταραχών της συμπεριφοράς που επηρεάζουν τις αλληλεπιδράσεις με τον εξωτερικό κόσμο. Ωστόσο, εξ ορισμού, συμπτώματα της ΔΕΠΥ όπως απροσεξία, υπερκινητικότητα ή παρορμητικότητα δε φέρνουν απαραίτητα το παιδί σε σύγκρουση με τους άλλους.

Ενώ τα παιδιά με ΔΕΠΥ διατρέχουν σίγουρα αυξημένο κίνδυνο να εκδηλώσουν προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, διαφέρουν σε μεγάλο βαθμό στη συχνότητα παραβίασης των κανόνων, στην αντικοινωνική ή επιθετική συμπεριφορά. Επιπλέον, τα επίπεδα των συναισθηματικών προβλημάτων που βιώνονται ποικίλλουν σημαντικά μεταξύ των παιδιών με ΔΕΠΥ. Αν και έχουν προταθεί διαφορές χαρακτηριστικών εν μέρει για αυτήν την ευρεία μεταβλητότητα, εμπειρικές μελέτες χαρακτηριστικών κακής προσαρμογής στις σχέσεις παιδιών και νέων με ΔΕΠΥ παραμένουν σε έλλειψη.

Η μελέτη των De Pauw and Mervielde (2011) ακολουθεί εμπειρικά και τις δύο ερευνητικές οδούς και στοχεύει στην ανάδειξη των διαφορών μεταξύ παιδιών με ΔΕΠΥ και παιδιών από μια μεγάλη κοινότητα δείγματος στην ιδιοσυγκρασία, στην προσωπικότητα και στο πώς διαχειρίζονται τα προβλήματα των ενδοπροσωπικών και διαπροσωπικών τους σχέσεων. Συμπληρωματικά, αυτή η διπλή προσέγγιση αντιμετωπίζει συστηματικά δύο σημαντικά ζητήματα που αυτήν τη στιγμή παρεμποδίζουν την επέκταση της έρευνας χαρακτηριστικών στη ΔΕΠΥ (α) θέτοντας πολλαπλά κριτήρια για την ιδιοσυγκρασία και την προσωπικότητα και (β) ελέγχοντας τη βιωσιμότητα αυτών των εννοιών στη μελέτη παιδιών με ΔΕΠΥ.

Ένα πρώτο ζήτημα που εμποδίζει ιδιαίτερα την αξιοποίηση των ερευνητικών αποτελεσμάτων για τα γνωρίσματα της ΔΕΠΥ (π.χ. Martel, 2009) είναι η χρήση διαφορετικών κριτηρίων στις διάφορες μελέτες. Αυτή η μεθοδολογική ποικιλομορφία προκύπτει από συζητήσεις σχετικά με την ακριβή φύση και τον αριθμό των διαστάσεων που διέπουν την ιδιοσυγκρασία—ένας όρος που χαρακτηρίζει ιστορικά χαρακτηριστικά συμπεριφοράς στα παιδιά. Αυτή η διάσταση απόψεων πηγάζει επίσης από τη διαφωνία για το αν τα χαρακτηριστικά εκλαμβάνονται καλύτερα ως ιδιοσυγκρασία ή προσωπικότητα - ένας όρος ιστορικά κατάλληλος για την περιγραφή των ατομικών διαφορών μεταξύ ενηλίκων. Η πρόσφατη θεωρία και έρευνα δείχνουν τώρα ότι και τα δύο συστήματα ιδιοσυγκρασίας και προσωπικότητας παρέχουν έγκυρα και

συμπληρωματικά εργαλεία για την περιγραφή «βασικών ενδογενών» τάσεων σκέψεων, συναισθημάτων και συμπεριφορών », σε παιδιά καθώς και στους ενήλικες.

Ωστόσο, το ακριβές μέγεθος της σύγκλισης μεταξύ αυτών των ταξινομιών των χαρακτηριστικών παραμένει άγνωστο, επειδή εκλείπει η εμπειρική έρευνα που θα συγκρίνει πολλαπλά μοντέλα χαρακτηριστικών γνωρισμάτων. Η τρέχουσα μελέτη αξιολογεί ταυτόχρονα δύο εξέχοντα μοντέλα ιδιοσυγκρασίας και ένα μοντέλο προσωπικότητας.

Για να αξιολογήσουν την ιδιοσυγκρασία, οι De Pauw and Mervielde (2011) χρησιμοποιούν τόσο το μοντέλο Buss όσο και Plomin (1984) που διακρίνουν τη Συναισθηματικότητα, τη Δραστηριότητα και την Κοινωνικότητα και το μοντέλο του Rothbart (Putnam et al.2001) που στηρίζεται στην Αρνητική Επίδραση και την Αυτορρύθμιση (την κατάσταση επιφυλακής & προσαρμοστικότητας) που αποτελούν σπουδαίες διαστάσεις ιδιοσυγκρασίας.

Στη μελέτη των Foley και συν., (2008) εξετάστηκαν οι διαφορές και ομοιότητες μεταξύ της ΔΕΠΥ και του παιδικού ταπεραμέντου σε 32 παιδιά με ΔΕΠΥ ηλικίας 6-11 ετών και σε μια ομάδα ελέγχου 23 παιδιών με παρεμφερή κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Τα παιδιά αξιολογήθηκαν για συμπτώματα ΔΕΠΥ (απροσεξία, υπερκινητικότητα και παρορμητικότητα) και για διαστάσεις του παιδικού ταπεραμέντου (αρνητική αντίδραση, επιμονή στο έργο, δραστηριότητα, επικέντρωση στην προσοχή, παρορμητικότητα και ανασταλτικός έλεγχος). Από τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας προέκυψε ότι τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ και οι διαστάσεις του ταπεραμέντου σχετίστηκαν μεταξύ τους. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ παρουσίασαν αξιοσημείωτα υψηλότερες επιδόσεις στην αρνητική αντίδραση, δραστηριότητα και παρορμητικότητα και χαμηλότερες επιδόσεις στην αναμονή έργου, στην επικέντρωση της προσοχής και στον ανασταλτικό έλεγχο (Foley et al., 2008).

Η ΔΕΠΥ αποτελεί ένα παράδειγμα αναπτυξιακής ψυχοπαθολογίας που είναι δυνατό να γίνει καλύτερα κατανοητό από την πλευρά της συναισθηματικής ρύθμισης. Η συναισθηματική ρύθμιση απαρτίζεται από το συναίσθημα (θετικό και αρνητικό) και τη ρύθμιση, δηλαδή τον έλεγχο μέσω προσπάθειας ή αντίδρασης. Τα συμπτώματα απροσεξίας της ΔΕΠΥ ενδέχεται να συνδέονται πρωτογενώς με δυσλειτουργία του πεδίου της ρύθμισης, ενώ τα συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας της ΔΕΠΥ ενδέχεται να σχετίζονται με ελλείματα στο πεδίο του συναισθήματος. Οι δυσκολίες

στον τομέα του ελέγχου μπορεί να είναι συγκεκριμένα για τη ΔΕΠΥ, ενώ το υψηλό αρνητικό συναίσθημα μπορεί να αντιπροσωπεύει ένα παράγοντα κινδύνου για τις διασπαστικές διαταραχές συμπεριφοράς, εξηγώντας έτσι τη συννοσηρότητα (Martel, 2009).

ΔΕΠΥ και παραβατικότητα

Τα άτομα με ΔΕΠΥ είναι ευάλωτα σε αντικοινωνική συμπεριφορά που μπορεί να οδηγήσει μέχρι και στην τέλεση εγκληματικών ενεργειών. Αυτό συμβαίνει για πολλούς λόγους. Πρώτον, περίπου το 40 - 60% των παιδιών και των εφήβων με ΔΕΠΥ θα εκδηλώσουν συννοσηρότητα, δηλαδή συγκείμενες προβληματικές συμπεριφορές. Διαταραχή της Συμπεριφοράς και Εναντιωματική Προκλητική Διαταραχή. Αυτές οι κοινές συννοσηρές συνθήκες μπορεί να αντιπροσωπεύουν μια «διπλή δόση κινδύνου» καθώς υπάρχουν ενδείξεις ότι όταν συνυπάρχουν η ΔΕΠΥ και η Διαταραχή της Συμπεριφοράς είναι κλινικά και γενετικά πιο σοβαρές παραλλαγές από τις ίδιες τις διαταραχές όταν εμφανίζονται η καθεμία ανεξάρτητα (Young and Thome, 2011).

Δεύτερον, εξαιτίας της φύσης των γνωστικών τους ελλειμμάτων, τα άτομα με ΔΕΠΥ είναι πιθανό να συλλαμβάνονται πιο εύκολα για τις αντικοινωνικές τους δραστηριότητες. Κάποιος μπορεί να υποθέσει ότι πιάνονται επειδή δεν είναι αρκετά εύστροφοι παραβάτες. Τα αδικήματα τους συνήθως είναι αυθόρμητα και ευκαιριακά παρά καλά προγραμματισμένες και οργανωμένες ενέργειες. Μόλις καταλήξουν στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης είναι επιρρεπείς στο να μην καταφέρουν να αντιμετωπίσουν αποτελεσματικά τη διαδικασία της κράτησης, της ανάκρισης από τους αστυνομικούς και τη διαδικασία του δικαστηρίου. Αυτό συχνά απαιτεί την ικανότητα να διατηρεί κανείς την προσοχή του για μεγάλα χρονικά διαστήματα, ενώ ερωτώμενος επίμονα από τους ανακριτές τίθενται υπό αμφισβήτηση τα λεγόμενά του. Το άτομο που ανακρίνεται πρέπει να παραμείνει συγκεντρωμένο στις ερωτήσεις, ενώ ταυτόχρονα υποχρεούται να ανταποκριθεί και σε άλλες καθήκοντα όπως να εξετάσει αποδεικτικά στοιχεία, να σχεδιάσει χάρτες τοποθεσιών και /ή διάταξης δωματίου.

Οι νεαροί ανήλικοι είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοι στην ανακριτική πίεση και συμμόρφωση που σημαίνει ότι είναι πιο πιθανό να αποδεχτούν ή να συμμορφωθούν με τις προτάσεις των στοιχείων της αρχής. Αυτά τα χαρακτηριστικά μπορεί να είναι σημαντικοί παράγοντες για τα αναφερόμενα αυξημένα ποσοστά ψευδούς ομολογίας

από άτομα με ΔΕΠΥ (Gudjonsson et al., 2008). Μόλις φυλακιστούν, τα άτομα που δεν έχουν διαγνωστεί και δεν έχουν δεχτεί θεραπεία φαίνεται πως αντιμετωπίζουν πολύ μεγάλη δυσκολία στο να ανέχονται το άγχος της ζωής στη φυλακή γεγονός που υποδηλώνεται από υψηλά ποσοστά επιθετικών συμβάντων που καταγράφονται σε ασφαλή πλαίσια.

Σε σύγκριση με τα γενικά ποσοστά των τρόφιμων στις φυλακές υπάρχουν δυσανάλογα υψηλά ποσοστά κρατουμένων με ΔΕΠΥ. Ωστόσο, αυτές οι μελέτες αξιολογούν το «κορυφαίο κομμάτι» παραβατών, δηλαδή εκείνων που έχουν καταδικαστεί για αδικήματα για τα οποία απαγγέλλονται κατηγορίες. Η συμπερίληψη αδικημάτων που δε διώκονται τόσο αυστηρά, όπως η μεθυσμένη και άτακτη συμπεριφορά καθώς και λιγότερο σοβαρές πράξεις διατάραξης της δημόσιας τάξης και πρόκλησης βλαβών, μπορεί να φουσκώνει τις στατιστικές. Αυτά τα άτομα καταλήγουν στο σύστημα ποινικής δικαιοσύνης σε μικρότερη ηλικία, συγκριτικά με άλλους παραβάτες. Πολλοί θα γίνουν υποτροπιάζοντες παραβάτες των οποίων η επιθετική συμπεριφορά μέσα στα ιδρύματα θα οδηγήσει μάλλον στο να μη λάβουν χαμηλότερες ποινές καθώς και να μην αποφυλακιστούν πιο σύντομα. Αυτό με τη σειρά του σημαίνει ότι θα είναι περισσότερο δαπανηρή η διαχείρισή τους σε σχέση με τους συγκρατούμενούς τους χωρίς ΔΕΠΥ. Ένα μεγάλο πρόβλημα είναι ότι η ΔΕΠΥ είτε δεν έχει διαγνωστεί καθόλου είτε δεν έχει διαγνωστεί σωστά σε αυτά τα άτομα. Αυτό είναι απαράδεκτο καθώς με τον κατάλληλο συνδυασμό θεραπειάς είναι πιθανό να μειωθούν τα συμπτώματα, να βελτιωθεί ο έλεγχος της συμπεριφοράς και των συναισθημάτων και οι κοινωνικές δεξιότητες εν γένει. Με αυτό τον τρόπο μπορεί να ενισχυθεί η εμπλοκή στη θεραπεία και να περιοριστεί η βίαιη συμπεριφορά. Μακροπρόθεσμα ίσως μειωθεί η υποτροπή. Επιπλέον, με την έγκαιρη παρέμβαση υπάρχει η δυνατότητα οι νέοι να μην έχουν προβλήματα με το νόμο (Young and Thome, 2011).

Κεφάλαιο 3: ΔΕΠΥ και Δυσκολίες στον ύπνο

ΔΕΠΥ και διαταραχές του ύπνου

Παρόλο που οι κλινικοί γιατροί, ιδιαίτερα οι παιδίατροι, θα μπορούσαν να πιστεύουν ότι οι αλλαγές στον ύπνο σε παιδιά με ΔΕΠΥ οφείλονται αποκλειστικά στα αποτελέσματα των φαρμάκων ΔΕΠΥ (ιδιαίτερα στα διεγερτικά), τα διαθέσιμα στοιχεία δείχνουν ότι τα φάρμακα για τη ΔΕΠΥ είναι μόνο μία από τις πιθανές αιτίες διαταραχών ύπνου που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ και ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν σημαντικά περισσότερες διαταραχές στον ύπνο από την ομάδα ελέγχου, ανεξάρτητα από τη χρήση φαρμάκων. Όσον αφορά στη φύση αυτών των προβλημάτων, σε προηγούμενες επισκοπήσεις της βιβλιογραφίας πάνω στο θέμα του ύπνου και της ΔΕΠΥ, έχει επισημανθεί ότι υποκειμενικές αναφορές των διαταραχών του ύπνου δεν έχουν επιβεβαιωθεί από αντικειμενικά κριτήρια μέτρησης και αξιολόγησης του ύπνου (Konofal et al., 2010).

Κατά τη γνώμη μας, αυτό δεν θα έπρεπε να προκαλεί έκπληξη αφού οι υποκειμενικές μελέτες ασχολούνται με συμπεριφορές που σχετίζονται με τον ύπνο, ενώ οι αντικειμενικές μελέτες επικεντρώνονται στη φυσιοπαθολογία του ύπνου, και έτσι μια τέλεια συσχέτιση μεταξύ αυτών των δύο τύπων μεταβλητών φαντάζει απίθανη. Είναι πιθανό ότι οι δυσκολίες που καταγράφηκαν ως σημαντικά μεγαλύτερες σε παιδιά με ΔΕΠΥ αναφέρονται σε ακατάλληλη συμπεριφορά στο πλαίσιο προβληματικών αλληλεπιδράσεων μεταξύ γονέων–παιδιών και ότι οι γονείς παιδιών με ΔΕΠΥ ίσως είναι πιο πιθανό να καταθέσουν υψηλά επίπεδα προβληματικών συμπεριφορών στη διάρκεια της ημέρας που σχετίζονται και με τον ύπνο σε ένα είδος «αρνητικής επίδρασης φωτοστέφανου».

Ωστόσο, είναι ενδιαφέρον να σημειώσουμε ότι σε μια πρόσφατη μετά-ανάλυση οι Konofal και συν., (2010) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν σημαντικά πιο μειωμένο ύπνο σύμφωνα με αναφορές γονέων, καθώς και με σημαντικά μεγαλύτερη υστέρηση σε ορισμένες αντικειμενικές παραμέτρους ύπνου. Στην πραγματικότητα, βρήκαν σημαντικά υψηλότερη αντίσταση των παιδιών να πάνε για ύπνο, περισσότερες δυσκολίες έναρξης ύπνου, νυχτερινή αφύπνιση, δυσκολίες με πρωινή αφύπνιση, αναπνευστική διαταραχή ύπνου και υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας σε σύγκριση με παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ (στις υποκειμενικές μελέτες). Όσον αφορά τις

αντικειμενικές παραμέτρους, καθυστέρηση έναρξης ύπνου (στην ακτινογραφία), ο αριθμός των αλλαγών σταδίου / ώρα ύπνου και ο δείκτης άπνοιας – υπόπνοιας ήταν σημαντικά υψηλότερος στα παιδιά με ΔΕΠΥ σε σύγκριση με τα παιδιά ελέγχου. Τα παιδιά με ADHD είχαν επίσης σημαντικά χαμηλότερη αποδοτικότητα στον ύπνο στην πολυσωματογραφία, στον πραγματικό χρόνο ύπνου στην ακτινογραφία (actigraphy) και μέσο χρόνο πτώσης σε ύπνο στο Multiple Sleep Latency Test (Πολλαπλό Τεστ Λανθάνοντος Ύπνου) από την ομάδα ελέγχου.

Αυτά τα αποτελέσματα υποδηλώνουν ότι ορισμένα από τα παράπονα που αναφέρονται από τους γονείς για τον ύπνο των παιδιών τους μπορεί να οφείλονται όχι μόνο στη δυσλειτουργική αλληλεπίδραση γονέα-παιδιού αλλά και σε αντικειμενικές διαταραχές ύπνου. Επιπλέον, είναι πιθανό η ανακολουθία που επισημαίνεται σε προηγούμενες ανασκοπήσεις μπορεί να οφείλεται, τουλάχιστον εν μέρει, σε μεθοδολογικά ζητήματα στις αντικειμενικές μελέτες. Για παράδειγμα, σε ότι αφορά τη δυσκολία / καθυστέρηση ύπνου, έχει προταθεί ότι παιδιά με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν μια διακύμανση στα πρότυπα ύπνου από νύχτα σε νύχτα. Επομένως, είναι πιθανό οι γονείς να θυμούνται περισσότερο, και ως εκ τούτου να αναφέρουν ως «τυπικές» εκείνες τις νύχτες στις οποίες ένα παιδί αντιστέκεται έντονα στο να πάει για ύπνο ή δυσκολεύεται να αποκοιμηθεί. Αντικειμενικές μετρήσεις κατά τη διάρκεια μίας ή λίγων μόνο διανυκτερεύσεων ενδέχεται να μην ανιχνεύουν τις δυνητικά αντικειμενικές ανωμαλίες οι οποίες υποβόσκουν στις γονικές αναφορές για τις δυσκολίες έναρξης ύπνου. Έχει επισημανθεί ότι τα προβλήματα ύπνου στη ΔΕΠΥ είναι πολυπαραγοντικά, δηλαδή μπορούν να αποδοθούν σε πολλούς υποκείμενους παράγοντες. Επομένως, η σωστή αναγνώριση τέτοιων παραγόντων διευκολύνει την κατάλληλη διαχείριση των διαταραχών του ύπνου σε αυτόν τον πληθυσμό.

Σύνδρομο Ανήσυχων Άκρων (RLS)

Οι πρώτες περιγραφές που δείχνουν μια πιθανή σχέση μεταξύ RLS και ΔΕΠΥ παρέχονται από τους Picchiatti και Walters (1996). Σε μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που πραγματοποιήθηκε το 2005, καταλήξαμε ότι έως και 44% των υποκειμένων με ΔΕΠΥ ανιχνεύτηκαν με Σύνδρομο Ανήσυχων Άκρων (RLS,-(Restless Legs Syndrome) ή με

συμπτώματα RLS και έως και 26% των ατόμων με RLS έχει διαπιστωθεί ότι έχουν ΔΕΠΥ ή συμπτώματα ΔΕΠΥ.

Ωστόσο, αυτά τα δεδομένα θα πρέπει να εξεταστούν με προσοχή λαμβάνοντας υπόψη κάποιους μεθοδολογικούς περιορισμούς των αναθεωρημένων μελετών (σχετικά με τις μεθόδους που χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση ΔΕΠΥ και RLS και κάποια πιθανή δειγματοληψία ή προκαταλήψεις παραπομπής). Επομένως, είναι πιθανό οι πραγματικές εκτιμήσεις του επιπολασμού του RLS στη ΔΕΠΥ και αντίστροφα να είναι πιο συντηρητικές. Δεδομένου ότι αυτοί οι περιορισμοί έχουν αντιμετωπιστεί μόνο εν μέρει στις πιο πρόσφατες μελέτες που δημοσιεύθηκαν μετά τη δική μας, περαιτέρω μεγάλες επιδημιολογικές και κλινικές μεθοδολογικές μελέτες απαιτούνται για να εκτιμηθεί ο πραγματικός επιπολασμός του RLS (διαγνώστηκε σύμφωνα με σταθμισμένα κριτήρια) σε παιδιά με ΔΕΠΥ (διαγνωσμένα σύμφωνα με τα κριτήρια DSM), καθώς και τον επιπολασμό της ΔΕΠΥ σε παιδιά με RLS. Έχουν προταθεί αρκετές υποθέσεις για να εξηγηθεί η σχέση μεταξύ RLS και ΔΕΠΥ (ή συμπτωμάτων τύπου ΔΕΠΥ).

Η διαταραχή του ύπνου RLS μπορεί να προκαλέσει απροσεξία, κυκλοθυμία, και «παράδοξη υπερδραστηριότητα», μιμούμενη έτσι τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ. Μια άλλη υπόθεση είναι ότι οι ημερήσιες εκδηλώσεις του RLS (που έχουν αναφερθεί σε παιδιά) μιμούνται τα συμπτώματα ΔΕΠΥ. Μερικά παιδιά που παρουσιάζουν RLS βαριάς μορφής δεν μπορούν να καθίσουν στο σχολείο κατά τη διάρκεια της ημέρας για παρατεταμένες περιόδους επειδή σηκώνονται να περπατήσουν για να ανακουφίσουν την ταλαιπωρία των ποδιών τους. Η υπερκινητικότητα θα μπορούσε έτσι να οδηγήσει σε απροσεξία μέσω του μηχανισμού της δυσφορίας των ποδιών σε μια υποομάδα ασθενών (Konofal et al., 2010).

Εναλλακτικά, η πραγματική ΔΕΠΥ και το RLS μπορεί να είναι συννοσηρές καταστάσεις. Άτομα με RLS και μερικά από αυτά με ΔΕΠΥ μπορεί να μοιράζονται μια κοινή ντοπαμινεργική δυσλειτουργία. Δεδομένου ότι η έλλειψη σιδήρου (που είναι συν-παράγοντας στη σύνθεση ντοπαμίνης) έχει εμπλακεί στην παθοφυσιολογία του RLS και έχει επίσης αναφερθεί σε παιδιά με ΔΕΠΥ, θεωρήσαμε ότι η έλλειψη σιδήρου είναι ένας κοινός υποκείμενος αιτιοπαθοφυσιολογικός παράγοντας τόσο στο RLS όσο και στη ΔΕΠΥ σε ασθενείς με αυτές τις δύο παθήσεις. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για την αντιμετώπιση αυτών των εικασιών. Οι γενετικές βάσεις τόσο για το RLS όσο και για τη ΔΕΠΥ βρίσκονται επί του παρόντος υπό έρευνα, αλλά μέχρι σήμερα, δεν έχουν

αναφερθεί θετικά αποτελέσματα. Από κλινικής άποψης, με βάση τις δικές μας εμπειρίες καθώς και εμπειρίες άλλων ερευνητών, τα συμπτώματα του RLS μπορεί να επιδεινώσουν τη ΔΕΠΥ. Επιπλέον, τα παιδιά με RLS μπορεί να αντιδρούν στην προσπάθεια των γονιών τους να τα βάλουν για ύπνο, ίσως επειδή συνδέουν την ώρα του ύπνου με την εκδήλωση των δυσάρεστων αισθήσεων RLS. Οι γονείς μπορεί να θεωρήσουν αυτήν την άρνηση ως έκφραση μιας γενικής αντιθετικής στάσης, αγνοώντας την πραγματική αιτία της συμπεριφοράς του παιδιού. Επομένως, αυτή η διαταραχή του ύπνου μπορεί να παραβλέπεται στα παιδιά με ΔΕΠΥ και εναντιωματική συμπεριφορά. Συν τοις άλλοις, είναι δυνατό η ΔΕΠΥ να επιδεινώνει τα συμπτώματα του RLS. Επομένως, πιστεύουμε ότι το RLS πρέπει να διερευνάται συστηματικά σε ασθενείς με ΔΕΠΥ ή συμπτώματα ΔΕΠΥ.

Όσον αφορά τις ψυχοφαρμακολογικές στρατηγικές για τους ασθενείς με RLS και ΔΕΠΥ, σε ορισμένες περιπτώσεις παιδιών που έχουν διαγνωστεί και με τις δύο καταστάσεις και τα οποία προηγουμένως είχαν υποβληθεί σε ανεπιτυχή θεραπεία με ψυχοδιεγερτικά έχει αναφερθεί η αποτελεσματικότητα των χαμηλών δόσεων ντοπαμινεργικών παραγόντων (λεβοντόπα, περγολίδη, και ροπινιρόλη- levodopa, pergolide, and ropinirole). Ωστόσο, αν και οι ντοπαμινεργικοί παράγοντες θεωρούνται θεραπεία πρώτης γραμμής για ενήλικες με RLS, δεν είναι εγκεκριμένοι για χρήση σε παιδιά με RLS. Όπως αναφέρθηκε προηγουμένως, η έλλειψη σιδήρου μπορεί να είναι πιθανή αιτιοπαθοφυσιολογική αιτία τόσο στο RLS όσο και στη ΔΕΠΥ. Βρήκαμε ότι τα συμπληρώματα σιδήρου ήταν αποτελεσματικά στη θεραπεία της ΔΕΠΥ σε παιδιά με RLS σε πιλοτική τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή. Σαφώς, απαιτούνται πρόσθετες αποδείξεις για την ακριβέστερη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των συμπληρωμάτων σιδήρου σε παιδιά με RLS και ΔΕΠΥ (Konofal et al., 2010).

Περιοδικές Κινήσεις των Άκρων στον Ύπνο (PLMS)

Σε μια σειρά μελετών, ο Picchiatti και συν., (1999) διατύπωσε την υπόθεση αύξησης του επιπολασμού όχι μόνο του RLS, αλλά και των Περιοδικών Κινήσεων των Άκρων στον Ύπνο (Periodic Limb Movements in Sleep -PLMS) μεταξύ παιδιών με ΔΕΠΥ. Επιπροσθέτως, ο Huang και συν., (2004) διαπίστωσαν ότι το 10,2% των παιδιών με ΔΕΠΥ είχαν Περιοδική Διαταραχή Κίνησης των Άκρων (PLMD) σε σύγκριση με το 0% των μαρτύρων. Αυτός ο

συσχετισμός έχει επίσης εξεταστεί και επιβεβαιωθεί από τους Bruni και συν., (2006), οι οποίοι επεσήμαναν ότι οι κινήσεις των άκρων (Limb Movements-LMs) στη ΔΕΠΥ έχουν χαμηλά επίπεδα περιοδικότητας, γεγονός που υποδηλώνει ότι ο μηχανισμός που ενεργοποιεί τα LMs κατά τη διάρκεια του ύπνου στη ΔΕΠΥ είναι πιθανό να διαφέρει από αυτόν που παρατηρείται στο RLS / PLM.

Δεδομένου ότι δεν έχουν διεξαχθεί τυχαιοποιημένες διπλές τυφλές δοκιμές για την αξιολόγηση της πιθανής αποτελεσματικότητας των ντοπαμινεργικών παραγόντων σε παιδιά με ΔΕΠΥ και PLMS ταυτόχρονα, αυτό μπορεί να αποτελέσει μια γόνιμη ερευνητική οδό για το μέλλον. Εξάλλου, δεδομένου ότι το PLMS μπορεί να βελτιωθεί μετά από θεραπεία με θειικό σίδηρο, λαμβάνοντας υπόψη τον πιθανό ρόλο του σιδήρου στη ΔΕΠΥ, αξίζει να διεξαχθούν τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με εικονικό φάρμακο δοκιμές χορήγησης συμπληρώματος σιδήρου για PLMS και ΔΕΠΥ σε παιδιά (Konofal et al., 2010).

Αϋπνία κατά την Έναρξη του Ύπνου

Έχει αναφερθεί ότι παιδιά που δε λαμβάνουν φάρμακα για τη ΔΕΠΥ και αντιμετωπίζουν Αϋπνία κατά την Έναρξη του Ύπνου (Sleep-Onset Insomnia-SOI) εμφανίζουν καθυστερημένη βραδινή αύξηση σε επίπεδα ενδογενούς μελατονίνης. Επομένως, έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι το SOI στη ΔΕΠΥ είναι μια διαταραχή του κιρκάδιου ρυθμού λόγω καθυστέρησης έναρξης της παραγωγής μελατονίνης. Αυτό μπορεί να βασίζεται και να συμβάλλει στην εμφάνιση συμπτωμάτων δυσφορίας κατά τον ύπνο με δευτερογενή συμπτώματα την αντίσταση των παιδιών να πάνε για ύπνο, κάτι που μπορεί να θεωρηθεί εσφαλμένα ως έκφραση μιας γενικής «Εναντιωματικής Προκλητικής Διαταραχής».

Συνεπώς, προτείνουμε ότι μια πιθανή αλλαγή στα επίπεδα μελατονίνης θα πρέπει να διερευνηθεί σε παιδιά με ΔΕΠΥ με Αϋπνία κατά την Έναρξη του Ύπνου που αρνούνται να πέσουν για ύπνο. Μέχρι σήμερα, μία ανοιχτή μελέτη και δύο τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες με διπλές τυφλές δοκιμές έχουν διεξαχθεί με ψευδοφάρμακο-placebo για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας και της ανοχής της μελατονίνης (3-6 mg /ημέρα) για τη διαχείριση του SOI σε παιδιά με ΔΕΠΥ. Αυτές οι μελέτες κατέδειξαν σημαντική βελτίωση της Καθυστέρησης στην Έναρξη του Ύπνου- SOI

(με βάση υποκειμενικά κριτήρια), αλλά δεν υπάρχει σημαντική επίδραση στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ κατά τη διάρκεια της ημέρας.

Σε μια πρόσφατη follow-up μελέτη, δεν υπήρξαν σοβαρές ανεπιθύμητες αντενδείξεις ή σχετιζόμενες με τη θεραπεία συννοσηρότητες μετά από περίπου 4 χρόνια θεραπείας. Αλλά απαιτούνται περαιτέρω στοιχεία πριν από τη συστηματική σύσταση της μελατονίνης για SOI σε παιδιά με ΔΕΠΥ. Λαμβάνοντας υπόψη ότι μια καθυστερημένη βραδινή αύξηση στα επίπεδα ενδογενούς μελατονίνης μπορεί να συμβάλλει στο SOI σε παιδιά με ΔΕΠΥ, ορισμένοι ερευνητές έχουν επίσης εξετάσει την επίδραση της θεραπείας με το φως (Light Therapy-LT) σε αυτόν τον πληθυσμό. Σε ανοιχτή δοκιμή 3 εβδομάδων με θεραπεία πρωινού φωτεινού φωτός ο Rybak και συν., (2006) παρατήρησε σημαντική πρόοδο στη φάση του κικκάδιου ρυθμού, καθώς και βελτίωση τόσο των υποκειμενικών όσο και των αντικειμενικών κριτηρίων της ΔΕΠΥ. Εξ όσων γνωρίζουμε, δεν έχει διεξαχθεί μελέτη για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της LT (Light Therapy) στα παιδιά με ΔΕΠΥ, με εξαίρεση μια μελέτη περίπτωσης. Αξίζει να σημειωθεί ότι, μέχρι σήμερα, φαρμακευτικές ουσίες εκτός από τη μελατονίνη δεν έχουν βρεθεί αποτελεσματικές για το SOI σε τυχαιοποιημένες ελεγχόμενες δοκιμές. Ειδικότερα, μια πρόσφατη ελεγχόμενη δοκιμή ανέφερε ότι η ζολπιδέμη (zolpidem) σε δόση 0,25 mg /kg ημερησίως έως 10 mg το μέγιστο δεν μπόρεσε να μειώσει το λανθάνοντα χρόνο για επίμονο ύπνο σε εγγραφές πολυσωμογραφίας μετά από 4 εβδομάδες θεραπείας σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠΥ (Konofal et al., 2010).

Υπερβολική Νυχτερινή Κινητική Δραστηριότητα

Μελέτες που χρησιμοποιούν την ακτινογραφία (actigraphy) έχουν τεκμηριώσει Υπερβολική Νυχτερινή Κινητική Δραστηριότητα - Excessive Nocturnal Motor Activity (στα χέρια ή στα πόδια) σε παιδιά με ΔΕΠΥ.

Μόνο μία μελέτη (Konofal, 2010) ασχολήθηκε με την υπερβολική νυχτερινή δραστηριότητα σε παιδιά με ΔΕΠΥ χρησιμοποιώντας υπέρυθρη κάμερα. Η έρευνα αυτή επιβεβαίωσε ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ μετακινήθηκαν πολύ πιο συχνά στον ύπνο τους από την ομάδα ελέγχου και ότι η διάρκεια των κινήσεών τους ήταν σημαντικά μεγαλύτερη. Παρόλο που θα μπορούσε κανείς να υποθέσει ότι η Υπερβολική Νυχτερινή Κινητική Δραστηριότητα - Excessive Nocturnal Motor Activity κατακερματίζει τον ύπνο, οδηγώντας

έτσι σε διαταραχές του ύπνου, δεν παρατηρήθηκαν σημαντικές διαφορές στις μεταβλητές PSG μεταξύ παιδιών με ΔΕΠΥ και χωρίς ΔΕΠΥ με τη χρήση υπέρυθρης κάμερας. Από την άλλη πλευρά, οι Κοποβα και συν., (2001) ανέφεραν ότι αργά το απόγευμα οι δόσεις μεθυλφαινιδάτης μειώνουν τη νυκτερινή δραστηριότητα και βελτιώνουν την ποιότητα του ύπνου ενοποιώντας τον ύπνο.

Ενώ ορισμένες μελέτες έχουν δείξει ότι η μεθυλφαινιδάτη (MPH) τρεις φορές την ημέρα δεν επηρεάζει τον ύπνο ή προκαλεί μόνο μια μικρή μείωση στη διάρκεια του ύπνου, άλλες έρευνες αναφέρουν ότι μια τρίτη δόση MPH την ημέρα επιδεινώνει τον ύπνο. Λαμβάνοντας υπόψη αυτά τα αντιτιθέμενα ευρήματα, δε συστήνεται ακόμα η κατανάλωση διεγερτών αργά το απόγευμα σε ασθενείς με ΔΕΠΥ με υψηλή νυκτερινή κινητική δραστηριότητα. Απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να αποσαφηνιστεί αυτό το αμφιλεγόμενο ζήτημα.

Ωστόσο, είναι πιθανό ότι, τουλάχιστον σε ορισμένες περιπτώσεις, μια τρίτη δόση ψυχοδιεγερτικών αργά το βράδυ μειώνει την υπερκινητικότητα το βράδυ, γεγονός που οδηγεί σε καλύτερη έναρξη ύπνου. Όπως δήλωσε ο Jerome (2001), «Είναι μια κοινή κλινική εμπειρία των κλινικών ιατρών που παρακολουθούν τη θεραπεία παιδιών με ΔΕΠΥ ότι κατά καιρούς μια μικρή δόση MPH που λαμβάνεται πριν τον ύπνο μπορεί να διευκολύνει τον ύπνο. Αν και αυτό δεν ισχύει για όλα τα παιδιά με ΔΕΠΥ, φαίνεται να είναι ένα ισχυρό κλινικό εύρημα, το οποίο δεν είναι καλά τεκμηριωμένο στη βιβλιογραφία. »

Αναπνευστική Διαταραχή Ύπνου και ΔΕΠΥ

Η σχέση μεταξύ Αναπνευστικής Διαταραχής Ύπνου (Sleep-Disordered Breathing-SDB) και ΔΕΠΥ (ως κατηγορική διάγνωση σύμφωνα με τα κριτήρια DSM) παραμένει αμφιλεγόμενη. Τα αποτελέσματα αρκετών μελετών έχουν δείξει συσχέτιση μεταξύ συμπτωμάτων SDB και ΔΕΠΥ.

Ωστόσο, καθώς ορισμένες από αυτές τις έρευνες δεν χρησιμοποίησαν τα κριτήρια DSM-IV ΔΕΠΥ, δεν είναι σαφές εάν το SDB είναι συνδεδεμένο με συμπτώματα της ΔΕΠΥ ή με τη ΔΕΠΥ ως διαταραχή που διαγνώστηκε σύμφωνα με τυποποιημένα κριτήρια. Η προαναφερθείσα μετά-ανάλυση από τους Cortese και συν., (2009), η οποία περιλάμβανε μελέτες που χρησιμοποιούν αυστηρά κριτήρια για ΔΕΠΥ, πρότεινε ότι οι

τιμές του AHI στις τρεις αντικειμενικές μελέτες που διατηρούνται στη μετά-ανάλυση δεν ήταν αντίστοιχα πολύ αυξημένες (1.0, 5.8 και 3.57). Αλλά αν υποθέσουμε, ότι οι μέτριες τιμές του AHI μεταξύ 1 και 5 υποδηλώνουν παιδιατρική αποφρακτική άπνοια ύπνου, που αξίζει κλινική προσοχή (η οποία εξακολουθεί να είναι αμφιλεγόμενη, πιθανώς εξαιτίας των ετερογενών κριτηρίων επιλογής, όπως ο αποκλεισμός των ασθενών με ροχαλητό καθώς επίσης και παρατηρούμενων επεισοδίων άπνοιας στον ύπνο ή EDS, όλα τα προηγούμενα δεδομένα συμφωνούν ότι το SDB μπορεί να είναι πιο συχνό σε παιδιά με ADHD από ότι σε παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ.

Όσον αφορά τις στρατηγικές θεραπείας σε αυτόν τον πληθυσμό, οι Huang και συν., (2007) και Dillon και συν., (2007) ανέφεραν ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ και με ένα δείκτη άπνοιας - υπόπνοιας > 1 και <5 συμβάντα / ώρα βελτιώθηκαν πολύ περισσότερο μετά την αδενοτονοιλεκτομή (adenotonsillectomy) παρά με τη θεραπεία με διεγέρτες. Αυτό υποδηλώνει ότι η κατάλληλη αναγνώριση και χειρουργική θεραπεία της υποκείμενης SDB σε παιδιά με ΔΕΠΥ ενδέχεται να αποτρέψει την ανάγκη για μακροχρόνια θεραπεία με διεγέρτες. Μια πρόσφατη διαχρονική μελέτη έδειξε ότι οι βελτιώσεις διατηρούνται 2,5 χρόνια μετά τη χειρουργική επέμβαση (Konofal et al.,2010).

Έλλειμμα Εγρήγορης

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ μπορεί να έχουν Έλλειμμα Εγρήγορης (Deficit in alertness). Έχει διατυπωθεί η υπόθεση ότι η υπερβολική κινητική δραστηριότητα θα μπορούσε να είναι μια στρατηγική που χρησιμοποιείται από παιδιά με ΔΕΠΥ για να μείνουν ξύπνια και σε εγρήγορη. Τα υποκειμενικά ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από γονείς παιδιών με ΔΕΠΥ ενδέχεται να μην είναι κατάλληλα για την αξιολόγηση της υπνηλίας, η οποία θα μπορούσε να καλυφθεί από υπερκινητικότητα. Από την άλλη πλευρά, το Multiple Sleep Latency Test (MSLT) θεωρείται η ιδανική τυποποιημένη μέθοδος για την αξιολόγηση της ετοιμότητας.

Τα αποτελέσματα δύο μελετών που χρησιμοποιούν το MSLT έχουν επιβεβαιώσει υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας σε παιδιά και εφήβους με ΔΕΠΥ. Είναι ενδιαφέρον ότι τα δεδομένα σχετικά με το κυκλικό εναλλασσόμενο μοτίβο σε άτομα με ΔΕΠΥ επιβεβαίωσαν ότι μπορεί να εμφανιστούν με μια κατάσταση υποβόσκουσας ενεργοποίησης. Σημειωτέων, έχουν αναφερθεί ενήλικες με ΔΕΠΥ να

παρουσιάζουν υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Σε πρόσφατη μελέτη, έως και το ένα τρίτο των ενηλίκων με ΔΕΠΥ είχαν υποκειμενική υπνηλία (βαθμολογία > 12 στο Epworth Sleepiness Scale). Σε αυτή την έρευνα, τα αποτελέσματα της προσοχής συσχετίστηκαν σημαντικά με τα υπερβολικά υψηλά σκορ υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας. Η φύση της υπερβολικής υπνηλίας κατά τη διάρκεια της ημέρας δεν έχει ακόμη καθοριστεί. Η υπερβολική υπνηλία μέσα στη μέρα μπορεί να είναι μια κύρια διαταραχή ή συνέπεια κάποιας άλλης αλλαγής ύπνου.

Εάν η υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας είναι στην πραγματικότητα μια κύρια διαταραχή στη ΔΕΠΥ, αυτά τα ευρήματα υποδηλώνουν νέες πιθανές θεραπευτικές στρατηγικές για μια υποομάδα παιδιών που παρουσιάζουν ΔΕΠΥ που σχετίζεται με μεταβολή στον ύπνο ή την εγρήγορση, και που μπορεί να μην ανταποκρίνονται επαρκώς σε θεραπείες πρώτης γραμμής με διεγέρτες, όπως άλατα MPH και αμφεταμίνης. Παράγοντες που προωθούν την εγρήγορση μπορούν να είναι μια σημαντική εναλλακτική λύση αντί για διεγερτικά σε αυτά τα παιδιά. Η χρήση του modafinil, ουσία αφύπνισης, μη διεγέρτης έχει προταθεί για αυτήν τη συγκεκριμένη ένδειξη, αν και το φάρμακο δεν έχει εγκριθεί για αυτήν τη χρήση. Εάν η ανοχή στη μοδαφινίλη σε παιδιά μπορεί να αποδειχθεί, διπλές τυφλές μελέτες θα μπορούσαν να διεξαχθούν για να αξιολογήσουν συγκεκριμένα τη δυνητική χρησιμότητα αυτού του παράγοντα σε παιδιά με ΔΕΠΥ και υπερβολική υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας (Konofal et al., 2010).

Συσχέτιση υπότυπου ΔΕΠΥ και διαταραχών ύπνου

Τα προβλήματα ύπνου που αναφέρθηκαν από τους γονείς είναι κοινά στα παιδιά με ΔΕΠΥ και τα παιδιά με ΔΕΠΥ κινούνται περισσότερο κατά τη διάρκεια του ύπνου από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ. Μερικά αντικειμενικά δεδομένα ύπνου που βασίζονται στην πολυσωματογραφική μελέτη από την άλλη πλευρά, δεν παρουσιάζουν διαφορές μεταξύ παιδιών με ΔΕΠΥ και παιδιών χωρίς ΔΕΠΥ, συμπεριλαμβανομένων της έλλειψης διαφορών στην καθυστέρηση και την αποτελεσματικότητα του ύπνου, στην αφύπνιση στη διάρκεια της νύχτας καθώς και στα στάδια του ύπνου (Mayes et al., 2009)

Δεδομένα σχετικά με διαταραχές στην αναπνοή κατά τον ύπνο δεν παρουσιάζουν συνέπεια. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ είχαν υψηλότερα επίπεδα άπνοιας -

υπόπνοιας από τα παιδιά ελέγχου σε δύο μελέτες , αλλά όχι σε άλλη. Οι μελέτες δείχνουν μια ασήμαντη σχέση μεταξύ της σοβαρότητας των συμπτωμάτων ΔΕΠΥ και της σοβαρότητας αναπνευστικής διαταραχής ύπνου. Και οι αξιολογήσεις ΔΕΠΥ δε διαφέρουν μεταξύ παιδιών με και χωρίς αναπνευστική διαταραχή ύπνου. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν μεγαλύτερη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ, όπως υποδεικνύεται από την αναφορά γονέων και από μικρότερη καθυστέρηση ύπνου κατά τη διάρκεια μιας τυποποιημένης διαδικασίας ύπνου μέσα στην ημέρα. Παραδόξως, η υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας δε συσχετίστηκε με αντικειμενικά μέτρα ύπνου πολυσωμογραφίας ή με γονεϊκές αναφορές προβλημάτων ύπνου.

Οι υπότυποι ΔΕΠΥ διαφέρουν σε βασικά σημεία, γεγονός που μπορεί να έχει επιπτώσεις στον ύπνο. Η έρευνα υποστηρίζει την ύπαρξη του συνδυασμένου υπότυπου (ADHD-C) και του υπότυπου της απροσεξίας (ADHD-I), αλλά η εμπειρική εκτίμηση υποστηρίζει ότι εκλείπει ο υπερκινητικός-παρορμητικός τύπος. Ο υπερκινητικός-παρορμητικός τύπος μπορεί να μην είναι πραγματικός υπότυπος ΔΕΠΥ επειδή δεν περιλαμβάνει έλλειμμα προσοχής, το βασικό έλλειμμα στη ΔΕΠΥ. Επιπλέον, λίγα παιδιά, αν υπάρχουν και αυτά πληρούν τα κριτήρια για τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο σε ερευνητικές μελέτες. Τα προβλήματα ODD και συμπεριφοράς είναι πιο διαδεδομένα στην ADHD-C από ό, τι στην ADHD-I και παιδιά με ADHD-C έχουν πιο σοβαρά συμπτώματα ADHD από τα παιδιά με ADHD-I.

Ωστόσο, τα ποσοστά συνδρόμου άγχους και κατάθλιψης δεν διαφέρουν μεταξύ των δύο υπότυπων. Τα προβλήματα ύπνου που αναφέρθηκαν από γονείς δεν διέφεραν μεταξύ τους σε παιδιά με ADHD-C έναντι παιδιών με ADHD-I σε μια μελέτη από LeBourgeois και συν., (2004), αν και άλλες μελέτες διαπίστωσαν διαφορές. Τα παιδιά με ADHD-C είχαν χαμηλότερη αποδοτικότητα ύπνου και πιο διακοπτόμενο ύπνο από τα παιδιά με ADHD-I σε μια εργαστηριακή μελέτη πολυσωμογραφίας . Οι Corkum και συν., (1999) ανέφεραν ότι η ADHD-I δεν συσχετίστηκε με αυξημένη κίνηση κατά τη διάρκεια του ύπνου, ενώ η ADHD-C συσχετίστηκε. Δύο άλλες μελέτες διερεύνησαν την υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας. Μια μελέτη που χρησιμοποιεί πολλαπλή καθυστέρηση ύπνου έδειξε μεγαλύτερη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας στην ADHD-I από την ADHD-C, στοιχείο που συμφωνεί με μια μελέτη που βασίστηκε σε αναφορές γονέων.

Οι αναλύσεις των Mayes και συν., (2009) δείχνουν ότι:

(α) διαταραχές ύπνου που αναφέρονται από γονείς σχετίζονται με ADHD-C και όχι ADHD-I.

(β) Το συννοσηρό άγχος και η κατάθλιψη εντείνουν τα προβλήματα ύπνου, αλλά η συννοσηρότητα ODD όχι.

(γ) Πιο σοβαρή ADHD σχετίζεται με μεγαλύτερα προβλήματα ύπνου.

(δ) Παιδιά με ADHD-I έχουν μεγαλύτερη υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας από παιδιά με ADHD-C και παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ.

(ε) Κατά τη διάρκεια της ημέρας η υπνηλία σε παιδιά με ADHD-C ισοδυναμεί με την υπνηλία εκείνων της ομάδας ελέγχου, παρόλο που τα παιδιά με ADHD-C κοιμούνται λιγότερο και έχουν περισσότερα προβλήματα ύπνου από τα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ.

(στ) Η υπνηλία κατά τη διάρκεια της ημέρας σχετίζεται σημαντικά με το ότι τα παιδιά κοιμούνται περισσότερο από το φυσιολογικό, και όχι με το ότι κοιμούνται λιγότερο.

(ζ) Η ενούρηση πιθανόν δεν είναι ένα πρόβλημα που σχετίζεται με τον ύπνο.

(η) Κατά τον έλεγχο της σοβαρότητας ΔΕΠΥ η χρήση φαρμάκων για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ δεν σχετίζεται με το ξύπνημα κατά τη διάρκεια της νύχτας, την ανησυχία κατά τον ύπνο, τους εφιάλτες, την υπνοβασία ή την ομιλία στον ύπνο, την ενούρηση, το πολύ πρωινό ξύπνημα και τον λιγότερο από το κανονικό ύπνο, αλλά τα παιδιά συνεχίζουν αλλά τα παιδιά που παίρνουν φάρμακα έχουν μεγαλύτερη δυσκολία να αποκοιμηθούν από τα παιδιά που δεν παίρνουν.

Απαιτούνται μελλοντικές μελέτες για να καθοριστεί εάν τα ευρήματα των Mayes και συν., (2009) υποστηρίζονται από αντικειμενικά δεδομένα ύπνου (συμπεριλαμβανομένων εργαλείων μέτρησης και αξιολόγησης της αποφρακτικής άπνοιας ύπνου, του συνδρόμου ανήσυχων ποδιών και της διάρκειας ύπνου) και άλλα υποκειμενικά κριτήρια για τα προβλήματα ύπνου. Η έρευνα πρέπει επίσης να προσδιορίσει εάν τα αποτελέσματα για το δείγμα από τη δική μας ψυχιατρική κλινική ισχύουν και για παιδιά με ΔΕΠΥ γενικά που προέρχονται από άλλες παιδιατρικές κλινικές. Τέλος, απαιτείται περαιτέρω έρευνα για να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ ύπνου και συγκεκριμένων φαρμάκων, συμπεριλαμβανομένων των φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ και συννοσηρών προβλημάτων καθώς και φαρμάκων που χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση του ύπνου.

Παρέμβαση ύπνου σε παιδιά με ΔΕΠΥ και Αυτισμό

Η μελέτη των Papadopoulos και συν., (2019) είχε ως στόχο να διερευνήσει την αποτελεσματικότητα μιας συμπεριφορικού τύπου παρέμβασης ύπνου σε παιδιά με ΔΕΠΥ και συννοσηρή Διαταραχή Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ) (Autism Spectrum Disorder-ASD). Διαπιστώθηκε ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ – ΔΑΦ στα οποία εφαρμόστηκε η παρέμβαση είχαν μέτρια έως μεγάλη βελτίωση σε προβλήματα ύπνου σε 3 και 6 μήνες ,σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (με τυχαιοποιημένες μετρήσεις). Τα παιδιά της ομάδας παρέμβασης είχαν επίσης μικρές έως μέτριες βελτιώσεις στην ψυχοκοινωνική ποιότητα ζωής, στη σοβαρότητα των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και της εναντιωματικής συμπεριφοράς.

Τα αποτελέσματα της παρέμβασης στον ύπνο που προήλθαν από αυτή τη μελέτη ήταν συγκρίσιμα με εκείνα άλλης έρευνας (Sleeping Sound trial) υποδηλώνοντας ότι αυτή η παρέμβαση είναι εξίσου αποτελεσματική για παιδιά που παρουσιάζουν ΔΕΠΥ και ΔΑΦ. Προηγούμενη έρευνα έδειξε ότι οι παρεμβατικές συμπεριφορές ύπνου μπορεί να είναι αποτελεσματικές για τη βελτίωση του ύπνου σε παιδιά τυπικής ανάπτυξης.

Υπάρχουν προηγούμενες ενδείξεις ότι οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις στον ύπνο μπορεί επίσης να είναι αποτελεσματικές στη βελτίωση του ύπνου σε παιδιά με ΔΕΠΥ (Sciberras et al.,2011) και παιδιά με ΔΑΦ (Malow et al., 2014). Παρόλα αυτά, σε προηγούμενες μελέτες που έχουν διεξαχθεί τα δείγματα παιδιών με ΔΑΦ είχαν επίσης νοητική υστέρηση ή ήταν παιδιά προσχολικής ηλικίας (Vriend et al.,2011) και δεν είχε ληφθεί υπόψη η συννοσηρότητα ΔΕΠΥ–ΔΑΦ. Αυτή είναι η πρώτη τυχαιοποιημένη ελεγχόμενη δοκιμή, από όσο γνωρίζουμε, που κατάφερε να αποδείξει ότι μια σύντομη συμπεριφορικού τύπου παρέμβαση στον ύπνο είναι αποτελεσματική στη βελτίωση των προβλημάτων ύπνου σε παιδιά με συννοσηρό ΔΕΠΥ – ΔΑΦ που είναι πνευματικά ικανά.

Εκτός από τη βελτίωση των προβλημάτων ύπνου, αυτή η παρέμβαση συσχετίστηκε με μικρές έως μέτριες βελτιώσεις σε ένα ευρύ φάσμα τομέων, συμπεριλαμβανομένης της παιδικής ψυχοκοινωνικής ποιότητας ζωής, σοβαρών συμπτωμάτων ΔΕΠΥ και προβληματικής συμπεριφοράς των παιδιών. Δεδομένης της σχέσης μεταξύ διαταραχής του ύπνου και συναισθηματικών προβλημάτων, δεν προκαλεί έκπληξη το συμπέρασμα ότι η παρέμβαση Sleeping Sound (που έγινε σε προηγούμενη έρευνα) συσχετίστηκε με βελτιωμένα συναισθηματικά συμπτώματα. Έχει αποδειχθεί ότι

τα προβλήματα ύπνου κατά την παιδική ηλικία αποτελούν προγνωστικά για συμπεριφορικά και συναισθηματικά προβλήματα στα μέσα της εφηβείας. Έτσι, όταν η στόχευση στην αντιμετώπιση των διαταραχών του ύπνου ξεκινά από νωρίς μπορεί να βοηθήσει στην πρόληψη των επερχόμενων προβλημάτων ψυχικής υγείας που θα παρουσιαστούν αργότερα. Προηγούμενη έρευνα έχει δείξει ότι υπάρχει μια σχέση μεταξύ της ψυχικής υγείας των γονέων και των προβλημάτων ύπνου στα παιδιά με ΔΑΦ και ΔΕΠΥ. Ωστόσο, η το είδος της σχέσης αυτής είναι άγνωστο.

Τα ευρήματα της έρευνας των Paradooulos και συν., (2019) δείχνουν ότι μπορεί να υπάρχουν μικρές βελτιώσεις στην ψυχική υγεία των γονέων σε ένα διάστημα 6 μηνών μετά την τυχαιοποίηση. Ωστόσο, απαιτείται περαιτέρω έρευνα μεγαλύτερης εμβέλειας για να αποδειχτεί κάτι τέτοιο. Αυτή η μελέτη έχει πολλά πλεονεκτήματα. Χρησιμοποιήθηκε μια απαιτητική μεθοδολογία και αυτή είναι η μόνη έρευνα από όσο γνωρίζουμε που έχει ασχοληθεί με τη συννοσηρότητα ΔΕΠΥ-ΔΑΦ σε μια τυχαιοποιημένη ελεγχόμενης συμπεριφοράς παρέμβαση ύπνου. Η παρέμβαση που πραγματοποιήθηκε στον ύπνο είναι τέτοια που μπορεί να εφαρμοστεί στην καθημερινή πρακτική και από τους ψυχολόγους και από τους παιδίατρους και σχεδιάστηκε έτσι ώστε να μπορεί να ενσωματωθεί στα τρέχοντα προγράμματα θεραπείας, αντί να προστεθεί στις πολλές ώρες παρέμβασης στις οποίες τα παιδιά με ΔΑΦ ενδέχεται να έχουν πρόσβαση.

Συμπερασματικά, τα προβλήματα ύπνου είναι κοινά στα παιδιά με ΔΕΠΥ και ΔΑΦ. Μια σύντομη συμπεριφορική παρέμβαση ύπνου μπορεί να βελτιώσει τον ύπνο σε παιδιά με ΔΕΠΥ-ΔΑΦ και έχει θετικές επιπτώσεις στην κοινωνική, συναισθηματική και συμπεριφορική λειτουργικότητα των παιδιών και την ψυχική υγεία των γονέων.

Περιγραφή παρέμβασης

Η παρέμβαση περιλάμβανε δύο συνεδρίες ύπνου πρόσωπο με πρόσωπο και μια τηλεφωνική κλήση follow-up με εκπαιδευμένο ιατρό, κάθε 2 εβδομάδες. Στην ομάδα των εκπαιδευμένων ιατρών συμπεριλαμβάνονταν πέντε ψυχολόγοι, με 1 έως 4 χρόνια κλινικής εμπειρίας ή ένας εκπαιδευόμενος σύμβουλος παιδίατρος με 4 χρόνια κλινική εμπειρίας στην παιδιατρική. Όλοι οι γιατροί παρακολούθησαν δύο εκπαιδευτικές συνεδρίες 3 ωρών για τη διαχείριση του ύπνου με βάση τα δεδομένα της παιδιατρικής.

Η πρώτη συνεδρίαση περιλάμβανε αξιολόγηση του συγκεκριμένου προβλήματος ύπνου του παιδιού, συζήτηση με τους γονείς προκειμένου να διαφανούν οι επιδιώξεις τους και ψυχο-εκπαίδευση σχετικά με τον κανονικό ύπνο, τους κύκλους ύπνου, και στρατηγικές υγιεινής του ύπνου. Κατά τη διάρκεια αυτής της συνεδρίας, διαμορφώθηκε ένα σχέδιο διαχείρισης της συμπεριφοράς του ύπνου που ήταν προσαρμοσμένο στα προβλήματα ύπνου των παιδιών.

Παραδείγματα οδηγιών που δόθηκαν στις οικογένειες όσον αφορά τη διαχείριση της συμπεριφοράς περιλαμβάνονται στον Πίνακα 3. Ζητήθηκε από τους γονείς να κρατάνε ένα ημερολόγιο ύπνου (π.χ. ώρα έναρξης ύπνου, ώρα αφύπνισης, νυχτερινά ξυπνήματα κ.λπ.) μεταξύ της πρώτης και του δεύτερης συνεδρίας. Η δεύτερη συνεδρία και το τηλεφώνημα παρακολούθησης της προόδου έγινε για την αναθεώρηση του ημερολογίου ύπνου, την ενίσχυση των στρατηγικών, και την αντιμετώπιση των προβλημάτων που προέκυψαν. Οι γονείς εφοδιάστηκαν επίσης με πληροφοριακό υλικό που έθιγε ζητήματα κανονικού ύπνου, κοινών προβλημάτων ύπνου καθώς και στρατηγικές για τη διαχείριση συγκεκριμένων προβλημάτων ύπνου.

Πίνακας 3. Παραδείγματα συστάσεων συμπεριφοράς προς τις οικογένειες για τη διαχείριση των διαταραχών ύπνου.

Διαταραχή στον ύπνο

Διαταραχή που σχετίζεται με την έναρξη ύπνου.

Ορισμός

Το παιδί συσχετίζει τη διαδικασία να πέσει για ύπνο με ένα συγκεκριμένο αντικείμενο (π.χ. τηλεόραση) ή άτομο και δεν μπορεί να κοιμηθεί χωρίς αυτό.

Παράδειγμα συμπεριφορικής παρέμβασης

Η γονική παρουσία κατά τον ύπνο μπορεί να αντιμετωπιστεί με τη σταδιακή εξαφάνιση του ενήλικα. Αυτή η τεχνική, που ονομάζεται «camping out» απαιτεί σταδιακή απόσυρση των γονέων από το υπνοδωμάτιο του παιδιού σε διάστημα 7 έως 10 ημερών. Εναλλακτικά, οι γονείς μπορούν να χρησιμοποιήσουν μια «μέθοδο ελέγχου», η οποία περιλαμβάνει την είσοδο στο υπνοδωμάτιο του παιδιού σε τακτά χρονικά διαστήματα (2, 5 ή 10 λεπτά ανάλογα με το πόσο μπορεί να αντέξει το παιδί

με τα διαστήματα απουσίας των γονιών να αυξάνονται με την πάροδο του χρόνου) για να τα ελέγξουν. Αυτό εξυπηρετεί στο να διαβεβαιώσουν οι γονείς τα παιδιά ότι είναι ακόμα εκεί για να τα βοηθήσουν σε περίπτωση που χρειαστεί.

Διαταραχή στον ύπνο

Ύπνος με καθυστέρηση

Ορισμός

Μετατόπιση στη φάση ύπνου του παιδιού. Το παιδί κοιμάται αργά και ξυπνά αργά το πρωί.

Η σταδιακά αναπροσαρμοζόμενη ώρα του ύπνου (Bedtime fading) χρησιμοποιείται όταν ο ύπνος του παιδιού προσωρινά ρυθμίζεται για αργότερα και σταδιακά μετατίθεται όλο και πιο νωρίς. Το παιδί στη συνέχεια ξυπνά σε προκαθορισμένη ώρα το πρωί. Συστήνεται η έκθεση στο φως νωρίς το πρωί (Paradopoulos et al.,2019).

ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

Κεφάλαιο 4: ΔΕΠΥ - Σχολείο και Οικογένεια

Πώς η ΔΕΠΥ επηρεάζει τη λειτουργία των μαθητών στο σχολείο

Οι μαθητές με ΔΕΠΥ εμφανίζουν συνήθως διάφορες συμπεριφορές που επηρεάζουν αρνητικά την τάξη τους και την ακαδημαϊκή τους απόδοση. Τα παιδιά αυτά συχνά αποσπώνται, αδυνατούν να διατηρήσουν την προσοχή τους στις οδηγίες και στην παράδοση του μαθήματος από τον εκπαιδευτικό και να καθίσουν στη θέση τους σε δραστηριότητες που αυτό απαιτείται. Χάνουν ή ξεχνούν εκπαιδευτικό υλικό, όπως σχολικά εγχειρίδια, μολύβια. Δυσκολεύονται να διατηρούν οργανωμένα τα σημειωματάρια, τα βιβλία αναθέσεων εργασιών, τα θρανία και τα ντουλάπια τους. Δεν ολοκληρώνουν τις εργασίες που ανατίθενται στο χρόνο και με τον τρόπο που τους ζητείται. Χρονοτριβούν σε μακροπρόθεσμες αναθέσεις και δεν μελετούν για τις εξετάσεις επαρκώς ή αποτελεσματικά (DuPaul and Jimerson, 2014). Ως εκ τούτου, τα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι πιο πιθανό να έχουν χαμηλότερους βαθμούς, χαμηλότερη επίδοση σε τυποποιημένες δοκιμασίες, μεγαλύτερη πιθανότητα παραπομπής για ειδική εκπαίδευση, και μια αυξημένη χρήση σχολικών υπηρεσιών, σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους χωρίς τη διαταραχή (DuPaul, Weyandt and Janusis, 2011).

Τα συμπτώματα υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας μπορεί να περιλαμβάνουν υψηλά επίπεδα ανησυχίας και εγκατάλειψης της θέσης τους, συχνές φωνές χωρίς άδεια, παραβίαση των κανόνων στην τάξη χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι συνέπειες, εγκατάλειψη δραστηριοτήτων προτού αυτές ολοκληρωθούν με ακρίβεια. Επίσης μαθητές με ΔΕΠΥ συχνά προκαλούν ακατάλληλους θορύβους που διαταράσσουν το έργο των άλλων παιδιών, ή προσπερνούν τη σειρά στις ομαδικές δραστηριότητες.

Ενέργειες μαθητών με ΔΕΠΥ που θέτουν σε περαιτέρω κίνδυνο τη σχολική τους επίδοση και διαταράσσουν την εύρυθμη λειτουργία της τάξης είναι οι ακόλουθες:

Αψηφούν ανοιχτά τις εντολές του εκπαιδευτικού και τους κανόνες της τάξης, ασκούν σωματική ή λεκτική βία προς τους συμμαθητές τους, και καταπατούν βασικούς σχολικούς κανόνες (π.χ. σκασιαρχείο από το σχολείο, εξαπάτηση στις εξετάσεις) (DuPaul and Jimerson, 2014). Οι μαθητές με ΔΕΠΥ είναι επίσης πιο πιθανό να έχουν υψηλότερο ποσοστό απουσιών, είναι τρεις φορές πιο πιθανό να επαναλάβουν τάξη κατά τη στοιχειώδη Εκπαίδευση και διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να παρατήσουν το σχολείο

συγκριτικά με τους συμμαθητές τους χωρίς ΔΕΠΥ. Μαθητές με ΔΕΠΥ που αποφοιτούν από το λύκειο είναι λιγότερο πιθανό να συνεχίσουν στη μετά-δευτεροβάθμια εκπαίδευση σε σχέση με τους συνομηλίκους τους χωρίς ΔΕΠΥ (DuPaul and Weyandt, 2011).

Τα συμπτώματα ΔΕΠΥ συσχετίζονται επίσης συχνά με διαταραχές στις κοινωνικές σχέσεις. Συγκεκριμένα, οι μαθητές με ΔΕΠΥ έχουν συνήθως δυσκολίες αλληλεπίδρασης με συνομηλίκους και τους ενήλικες που αποτελούν φιγούρες εξουσίας. Επίσης τα παιδιά με ΔΕΠΥ δυσκολεύονται να δημιουργήσουν και να διατηρήσουν φιλίες με παιδιά της ίδιας ηλικίας. Ως αποτέλεσμα, τα παιδιά και οι έφηβοι με αυτή τη διαταραχή είναι πιο πιθανό να απορριφθούν από τους συνομηλίκους από ότι οι συμμαθητές τους που δεν παρουσιάζουν ΔΕΠΥ.

Δεδομένων αυτών των χρόνιων και σημαντικών ελλειμμάτων, οι μαθητές με ΔΕΠΥ κινδυνεύουν περισσότερο να βιώσουν πρόσθετες συναισθηματικές και συμπεριφορικές δυσκολίες, όπως η κατάθλιψη και η διαταραχή άγχους (DuPaul and Jimerson, 2014).

Ο ρόλος των εκπαιδευτικών στη διαχείριση της ΔΕΠΥ

Ο συνδυασμός συμπτωματικών συμπεριφορών ΔΕΠΥ, η ταυτόχρονη επιθετικότητα και / ή εναντίωση και οι λειτουργικές δυσχέρειες όχι μόνο τοποθετούν τους μαθητές με αυτή τη διαταραχή σε υψηλό κίνδυνο για σχολική αποτυχία, αλλά δημιουργούν επίσης σημαντικές δυσκολίες σε καθηγητές, σχολικούς ψυχολόγους καθώς και στο υπόλοιπο προσωπικό του σχολείου που εργάζεται με αυτόν τον πληθυσμό.

Το προσωπικό του σχολείου είναι αυτό που συχνά αναγνωρίζει πρώτο πότε οι μαθητές μπορεί να έχουν δυσκολίες εξαιτίας της ΔΕΠΥ και προσπαθεί να αντιμετωπίσει τα συμπεριφορικά, ακαδημαϊκά και κοινωνικά ελλείμματα με κατανόηση.

Ως εκ τούτου, οι επαγγελματίες της εκπαίδευσης δεν αρκεί μόνο να κατανοούν τη φύση και τις συνέπειες της διαταραχής, αλλά πρέπει επίσης να είναι καταρτισμένοι ώστε να ελέγχουν, να αξιολογούν και να παρεμβαίνουν έγκαιρα και έμπρακτα.

Αν και η αυξανόμενη ερευνητική βιβλιογραφία έχει ενισχύσει την κατανόησή μας για την ΔΕΠΥ, παρέχοντας αξιόπιστα και έγκυρα μέτρα αξιολόγησης και καθιερώνοντας αποτελεσματικές παρεμβάσεις στο σχολείο, το κενό μεταξύ έρευνας και πράξης

παραμένει σε μεγάλο βαθμό στα περισσότερα σχολικά πλαίσια (DuPaul and Jimerson, 2014).

Είναι εμφανής η σημασία του πλαισίου για τον καθορισμό ποιά παιδιά και πότε θα παραπεμφθούν για αξιολόγηση, καθώς και πώς θα ερμηνευθούν τα δεδομένα της αξιολόγησης. Οι έρευνες έχουν ασχοληθεί κατά κύριο λόγο με την αξιολόγηση και τη θεραπεία των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ δίνοντας στην καλύτερη περίπτωση, δευτερευόντως προσοχή στις εκπαιδευτικές και κοινωνικές δυσλειτουργίες. Ωστόσο, οι περισσότεροι μαθητές με ΔΕΠΥ προσελκύουν την προσοχή των σχολικών ψυχολόγων και άλλων επαγγελματιών ψυχικής υγείας λόγω των ελλειμμάτων παρά των μεμονωμένων συμπτωμάτων. Είναι σημαντικό λοιπόν, οι σχολικοί ψυχολόγοι να υποστηρίξουν τη συμπερίληψη της αξιολόγησης που πραγματοποιείται βάσει τεκμηρίωσης και εμπειρικής υποστήριξης και των στρατηγικών παρεμβάσεων που πρέπει να χρησιμοποιούνται σε τακτική βάση προκειμένου να υποστηρίξουν τη σχολική επίδοση των μαθητών με ΔΕΠΥ (DuPaul and Jimerson, 2014).

Δεδομένων των λιγότερο ευνοϊκών προβλέψεων όσον αφορά την ακαδημαϊκή εξέλιξη των παιδιών με ΔΕΠΥ, είναι επιτακτική ανάγκη οι παρεμβάσεις που υποστηρίζονται εμπειρικά να εφαρμόζονται νωρίς, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια του δημοτικού σχολείου. Οι πιο κοινές παρεμβάσεις για μαθητές με ΔΕΠΥ περιλαμβάνουν ψυχοτρόπα φάρμακα και στρατηγικές συμπεριφοράς που εφαρμόζονται στο σπίτι και σε σχολικά περιβάλλοντα. Παρόλο που τα διεγερτικά φάρμακα χρησιμοποιούνται συχνά για τη μείωση των συμπτωμάτων ΔΕΠΥ, η φαρμακολογική θεραπεία σπάνια αρκεί για την αντιμετώπιση των πολλαπλών, χρόνιων δυσκολιών που αντιμετωπίζουν οι μαθητές με ΔΕΠΥ (DuPaul, Weyandt and Janusis, 2011).

Η Θεωρία του Αυτοπροσδιορισμού

Η Θεωρία του Αυτοπροσδιορισμού πρεσβεύει ότι το ευ ζην και η παρακίνηση για επίτευξη στόχων απορρέει από την ικανοποίηση τριών βασικών ψυχολογικών αναγκών. Αυτές είναι οι εξής: Αυτονομία, το αίσθημα του ανήκειν, ικανότητα. Στο πλαίσιο του σχολείου, η ανάγκη για αυτονομία σημαίνει ότι τα παιδιά έχουν μια επιθυμία εκ φύσεως να βιώσουν τη μάθησή τους και τη συμπεριφορά τους ως ελεύθερες επιλογές που κατευθύνονται από τη δική τους βούληση. Η ανάγκη να νιώθει κανείς ότι ανήκει κάπου

συνεπάγεται ότι για να είναι ευτυχισμένα τα παιδιά στο σχολείο, πρέπει να νοιάζονται για τους άλλους και να νιώθουν ότι και οι άλλοι με τη σειρά τους νοιάζονται γι' αυτά. Η ανάγκη για ικανότητα αναφέρεται στην επιθυμία ενός παιδιού να αισθάνεται επιδέξιο και αποτελεσματικό στις σχολικές του δραστηριότητες. Κεντρικό στοιχείο της Θεωρίας του Αυτοπροσδιορισμού είναι η ιδέα ότι αυτές οι βασικές ψυχολογικές ανάγκες θεωρούνται ως έμφυτες και καθολικές για άνδρες και γυναίκες. Σύμφωνα με τη θεωρία, και οι τρεις ανάγκες πρέπει να ικανοποιηθούν για να αναπτυχθούν οι άνθρωποι και να λειτουργούν με υγιή ή βέλτιστο τρόπο.

Επομένως, στο σχολείο, όταν τα περιβάλλοντα της τάξης υποστηρίζουν τις ανάγκες των παιδιών για αυτονομία, ικανότητα και αίσθημα του ανήκειν, εκείνα είναι πιο πιθανό να αισθάνονται ικανοποιημένα και να έχουν κίνητρα για ενεργό συμμετοχή στο σχολείο. Μια πληθώρα ερευνών με παιδιά τυπικής ανάπτυξης έχει διερευνήσει το ρόλο της συμπεριφοράς των εκπαιδευτικών όσον αφορά την παροχή αυτονομίας και υποστήριξης ταυτόχρονα στους μαθητές τους μέσα στην τάξη. Όταν οι δάσκαλοι υποστηρίζουν την αυτονομία των παιδιών στην τάξη, παρατηρούνται υψηλότερα επίπεδα εγγενών και εσωτερικών κινήτρων στους μαθητές.

Σε αντίθεση το σχολικό κλίμα που είναι αυταρχικό και απόλυτα ελεγχόμενο από το δάσκαλο έχει βρεθεί ότι σχετίζεται με συναισθήματα ανικανότητας των μαθητών, καθώς και με λιγότερο εσωτερικευμένες μορφές κινήτρου από πλευράς τους. Μέχρι σήμερα καμία έρευνα δεν έχει εξετάσει την επίδραση της παροχής αυτονομίας και υποστήριξης ή επιβολής ελέγχου από τους εκπαιδευτικούς προς τους μαθητές σε σχέση με τα συμπτώματα ΔΕΠΥ των μαθητών (Rogers, Tannock, 2018).

Χρησιμοποιώντας τη Θεωρία του Αυτοπροσδιορισμού ως οδηγό, η εργασία των Rogers και Tannock επιδιώκει να εξετάσει την επιρροή των συμπτωμάτων ADHD στις αντιλήψεις των παιδιών για το περιβάλλον της τάξης τους όσον αφορά την ικανοποίηση των ψυχολογικών τους αναγκών για αυτονομία, αίσθημα του ανήκειν και ικανότητα. Προς επίτευξη αυτού του στόχου, παιδιά με και χωρίς συμπτώματα ΔΕΠΥ συγκρίθηκαν σχετικά με τις αυτοαναφερόμενες αντιλήψεις τους πάνω σε αυτές τις μεταβλητές ενώ έγινε έλεγχος για συγκεχυμένες μεταβλητές.

Τα ευρήματα παρέχουν σημαντικές πληροφορίες για τις εμπειρίες στην τάξη των παιδιών με συμπτώματα ΔΕΠΥ. Παιδιά που ανήκαν στην ομάδα με ΔΕΠΥ θεωρούσαν τις τάξεις τους πιο ελεγκτικές, ανέφεραν περισσότερα συναισθήματα ανικανότητας και

περισσότερες αρνητικές σχέσεις με τους δασκάλους τους. Αυτά τα αποτελέσματα ενισχύθηκαν μετά τον έλεγχο της ηλικίας των παιδιών, συνυπαρχόντων προβλημάτων στη συμπεριφορά τους και της ικανότητάς τους για ανάγνωση (Rogers, Tannock, 2018).

Ο ρόλος των γονέων παιδιών με ΔΕΠΥ

Η ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία έχει σημαντικό αντίκτυπο στους γονείς και έχει σαν αποτέλεσμα αυτοί οι γονείς να εμφανίζουν αυξημένα επίπεδα στρες και χαμηλότερη αυτό-αποτελεσματικότητα σε σχέση με το γονεϊκό τους ρόλο σε σύγκριση με τους γονείς παιδιών χωρίς ΔΕΠΥ. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ ενδέχεται να παρουσιάζουν μοτίβα συμπεριφοράς που περιλαμβάνουν αυξημένη μη συμμόρφωση, δυσκολία προσαρμογής στις αλλαγές, καταθλιπτικά συμπτώματα, άγχος και μαθησιακές δυσκολίες. Όλα αυτά αυξάνουν τις προκλήσεις που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι γονείς.

Οι αυξημένες γονικές απαιτήσεις και το αυξημένο γονικό στρες με τη σειρά τους σχετίζονται με κακή προσαρμοστική συμπεριφορά από την πλευρά των γονέων και αρνητικές σχέσεις γονέα-παιδιού.

Γονικές πρακτικές που χαρακτηρίζονται από καταναγκαστική τιμωρία, λιγότερη κοινωνική δέσμευση και αδυναμία διαχείρισης της ενοχλητικής συμπεριφοράς έχουν συσχετιστεί με λιγότερο ευνοϊκή εξέλιξη των παιδιών με ΔΕΠΥ σε βάθος χρόνου. Έτσι, το να παρέχονται τεκμηριωμένες παρεμβάσεις που στοχεύουν στη βοήθεια των γονέων προκειμένου αυτοί να διαχειρίζονται καλύτερα τις διαταραχές της συμπεριφοράς των παιδιών τους, είναι σημαντικό για την ευημερία των γονιών και για την προώθηση ευνοϊκότερων αποτελεσμάτων για τα παιδιά με ΔΕΠΥ.

Στις μέρες μας πολλές μελέτες έχουν αξιολογήσει την αποτελεσματικότητα της εκπαίδευσης που στοχεύει στην μεταβολή της γονικής συμπεριφοράς ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση που επικρατεί στις οικογένειες παιδιών με διαταραχές της συμπεριφοράς. Υπάρχουν ουσιαστικά στοιχεία που υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των εκπαιδευτικών προγραμμάτων για γονείς στην αλλαγή δυσλειτουργικών συλ γονικής μέριμνας και στη βελτίωση των προβλημάτων συμπεριφοράς στα παιδιά. Μια κοινή βασική ιδέα για όλα αυτά τα προγράμματα είναι ότι η καλή γονική μέριμνα (δηλαδή, βαθυστόχαστη, ήρεμη, συνεπής, υποστηρικτική – χαρακτηριστικά που είναι κοινά σε πολλά προγράμματα γονικής μέριμνας) αποτελεί βασικό μέρος της διασφάλισης του

καλύτερου μακροπρόθεσμου αποτελέσματος για το παιδί. Έτσι, ο στόχος της συμπεριφορικής εκπαίδευσης των γονιών είναι η βελτίωση της συμπεριφοράς των παιδιών βελτιώνοντας τις πρακτικές των γονέων.

Το να εκλαμβάνουμε τη ΔΕΠΥ ως έλλειμμα στην εκτελεστική λειτουργία, που οδηγεί σε προβλήματα αυτορρύθμισης και συμπεριφοράς, παρέχει μια λογική για την παροχή συμπεριφορικής εκπαίδευσης γονέων για γονείς παιδιών με ήπια έως μέτρια ΔΕΠΥ καθώς και σε περιπτώσεις σοβαρής ΔΕΠΥ όταν απαιτείται μια πολυτροπική προσέγγιση. Θεραπείες που παρέχουν στους γονείς στρατηγικές που μπορούν να προτρέψουν και να καθοδηγήσουν τη συμπεριφορά ενός παιδιού είναι ακριβώς αυτές που παρέχονται από παρεμβάσεις εκπαίδευσης συμπεριφοράς γονέων.

Επομένως, θα μπορούσε να υποθέσει κανείς ότι τα προγράμματα καθοδηγούμενης συμπεριφοράς γονέων περιορίζουν τη διαταραχή συμπεριφοράς καθώς και τα συμπτώματα ΔΕΠΥ σε παιδιά σχολικής ηλικίας που έχουν διαγνωστεί με τη συγκεκριμένη διαταραχή. Ένα σημαντικό σημείο που πρέπει να λαμβάνεται υπόψη κατά την προσφορά προγραμμάτων γονικής μέριμνας στα πλαίσια της κοινότητας είναι ότι οι χρονικοί περιορισμοί αποτελούν σημαντικό εμπόδιο για τη συμμετοχή των γονέων. Ο Koerting και συν. (2013) ανέδειξε τους χρονικούς περιορισμούς, λόγω εργασίας και οικογενειακών υποχρεώσεων, ως έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες που εμποδίζουν τη συμμετοχή των γονιών σε προγράμματα κατάρτισης συμπεριφοράς.

Χρονικοί περιορισμοί και άλλες στρεσογόνες καταστάσεις που βιώνουν οι πολυάσχολοι γονείς, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η διάρκεια των περισσότερων έγκυρων προγραμμάτων συμπεριφοράς γονικής κατάρτισης αποτελούνται από οκτώ ή περισσότερες συνεδρίες, προβάλλουν την αναγκαιότητα για ένα σύντομο πρόγραμμα κατάρτισης γονέων που έχουν παιδιά με ΔΕΠΥ που να ανταποκρίνεται στις απαιτητικές προτεραιότητες της οικογένειας. Επιπλέον, άλλοι ερευνητές ανέφεραν χαμηλά ποσοστά εφαρμογής των προτεινόμενων συμπεριφορών και υψηλά ποσοστά διαφωνιών μεταξύ των εμπλεκόμενων στα παραδοσιακά προγράμματα καθοδήγησης της συμπεριφοράς των γονέων. Το γεγονός αυτό όχι μόνο εξαντλεί σημαντικά τα περιορισμένα ψυχικά αποθέματα αλλά και θέτει σε κίνδυνο την αποτελεσματικότητα τέτοιων προγραμμάτων.

Είναι καθοριστικός ο διαχειριστικός ρόλος του γονέα όσον αφορά στον έλεγχο της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς, την ενθάρρυνση της επιθυμητής συμπεριφοράς και της ενίσχυσης της σχέσης γονέα και παιδιού. Έτσι ο γονέας κρατώντας τις ισορροπίες ,

είναι καλό να χρησιμοποιεί τον έπαινο και την ανταμοιβή, όταν το παιδί συμπεριφέρεται με έναν κοινωνικά αποδεκτό τρόπο και να μάθει στο παιδί την ύπαρξη συνεπειών στην προβληματική συμπεριφορά (Chesterfield, Porzig-Drummond, Stevenson and Stevenson, 2020).

Τυπικές και εξειδικευμένες παρεμβάσεις

Γενικά οι τυπικές παρεμβάσεις δεν είναι επαρκείς για την κάλυψη των αναγκών αυτών των παιδιών. Συνήθως απαιτούνται εξειδικευμένες προσεγγίσεις παρέμβασης. Οι θεραπευτικές προσεγγίσεις για τη ΔΕΠΥ περιλαμβάνουν συχνά διεγερτικά φάρμακα (μεθυλοφαινυδάτη, ατομοξετίνη) και ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις στοχεύοντας στις ακαδημαϊκές δυσκολίες και / ή σε ελλείμματα συμπεριφοράς.

Οι περισσότερες ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι μη συστημικές, δηλαδή η παρέμβαση στοχεύει στη λειτουργικότητα στο σπίτι ή στο σχολείο ξεχωριστά.

Οι παρεμβάσεις που έχουν ως βάση το σχολείο, όπως τροποποιήσεις στο σχολικό περιβάλλον, συστήματα ενίσχυσης, διδασκαλία υποβοηθούμενη από υπολογιστή και καθοδήγηση από συμμαθητές μπορεί να έχουν ευεργετικές επιπτώσεις στην ακαδημαϊκή απόδοση των παιδιών και στη συμπεριφορά στο σχολείο. Ομοίως, στρατηγικές για οικογένειες όπως : εκπαίδευση γονέων, η οποία επικεντρώνεται στην αλλαγή της συμπεριφοράς του παιδιού στο σπίτι και στη βελτίωση των αλληλεπιδράσεων γονέα-παιδιού μπορεί να έχουν ευεργετικά αποτελέσματα στη συμπεριφορά στο σπίτι και στην κοινότητα. Παρόλο που αυτές οι στρατηγικές είναι αποτελεσματικές, όταν εφαρμόζονται στο σχολείο ή στην οικογένεια ξεχωριστά σε γενικές γραμμές δεν επαρκούν. Για παράδειγμα, οι μη συστημικές προσεγγίσεις δεν απευθύνονται πλήρως σε οικογενειακούς παράγοντες που σχετίζονται με την επιτυχία στο σχολείο. Η έρευνα συστήνει ανεπιφύλακτα σαν βέλτιστη προσέγγιση στην ψυχοκοινωνική παρέμβαση για ΔΕΠΥ αυτή που συνδέει την οικογένεια και το σχολείο για να αντιμετωπίσει προβληματικές συμπεριφορές και να καλλιεργήσει ικανότητες.

Το πρόγραμμα Επιτυχία στην Οικογένεια και στο Σχολείο (Family School Success -FSS) είναι ένα πρόγραμμα παρέμβασης που συνδέει τα οικογενειακά και σχολικά συστήματα για την αντιμετώπιση των αναγκών παιδιών του δημοτικού σχολείου με ΔΕΠΥ. Επιπλέον, το σύστημα υγείας μπορεί να συμπεριληφθεί στη διαδικασία του

σχεδιασμού παρέμβασης για περιπτώσεις στις οποίες οι γονείς επιλέγουν να πάρουν τα παιδιά τους φάρμακα ως μέρος της συνολικής παρέμβασης για να αντιμετωπίσουν τη ΔΕΠΥ (Mautone, Lefler & Power, 2011).

Σχέση μεταξύ αλλαγής συμπτωμάτων και λειτουργικότητας σε παιδιά με ΔΕΠΥ

Η μελέτη των Owens, Johannes και Karpenko, εξέτασε τη σχέση μεταξύ στατιστικά σημαντικής αλλαγής στα συμπτώματα και στη λειτουργικότητα σε παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα (N = 64) που ενεπλάκησαν σε πρόγραμμα ψυχικής υγείας σε σχολική βάση που περιλάμβανε μια καθημερινή έκθεση παρέμβασης, διαβούλευση με εκπαιδευτικούς και συνεδρίες γονέων για τη ρύθμιση της συμπεριφοράς.

Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί ολοκλήρωσαν την κλίμακα βαθμολογίας διαταραχών της συμπεριφοράς και την κλίμακα βαθμολογίας των ελλειμμάτων πριν και μετά τη θεραπεία. Οι αναλύσεις σε επίπεδο ομάδας έδειξαν ότι αυτοί που παρουσίασαν βελτίωση των συμπτωμάτων παρουσίασαν σημαντική βελτίωση σε πολλούς τομείς λειτουργικότητας. Αντίθετα εκείνοι των οποίων τα συμπτώματα δεν άλλαξαν, ή ακόμα χειρότερα επιδεινώθηκαν, δεν εμφάνισαν βελτίωση στη λειτουργικότητα.

Ωστόσο, οι αναλύσεις σε ατομικό επίπεδο αποκάλυψαν ότι μέχρι 40% (ανάλογα με τον τομέα και τον πληροφοριοδότη) των παιδιών που πέτυχαν στατιστικά σημαντική αλλαγή συμπτωμάτων δεν παρουσίασαν στατιστικά σημαντική βελτίωση στη λειτουργικότητα. Επίσης έως και 16% που εμφάνισαν σημαντική βελτίωση στη λειτουργικότητα δεν παρουσίασαν σημαντική βελτίωση στα συμπτώματα.

Τα αποτελέσματα έχουν επιπτώσεις στη μέτρηση της έκβασης της θεραπείας.

Η φόρμουλα-τύπος των Jacobson και Truax (1991) είναι μία από τις πιο συχνά χρησιμοποιούμενες μεθοδολογίες για τον ορισμό της Κλινικά Σημαντικής Αλλαγής (Clinical Significant Change-CS). Χρησιμοποιώντας αυτόν τον τύπο, οι ερευνητές μπορούν να καθορίσουν εάν ένα άτομο είχε (α) στατιστικά σημαντική αλλαγή πριν και μετά τη θεραπεία και (β) εάν η αλλαγή που εκδηλώθηκε στον ασθενή τον τοποθετεί στην κανονική κατανομή σε μια δεδομένη διάσταση (π.χ. σοβαρότητα συμπτωμάτων). Χρησιμοποιώντας και τα δύο κριτήρια, ένας ασθενής θεωρείται ότι έχει επιτύχει Κλινικά

Σημαντική Αλλαγή (CS) σε περίπτωση που μετά τη θεραπεία σημειώνει αξιόπιστη αλλαγή και παρουσιάζει βαθμολογίες στο κανονιστικό εύρος.

Μια εξέταση της αλλαγής στη λειτουργικότητα που σχετίζεται με τη θεραπεία και η σύνδεση μεταξύ αλλαγής συμπτωμάτων και αλλαγής στη λειτουργικότητα είναι ιδιαίτερα σημαντική για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ όταν εξετάζει κανείς τη χρόνια φύση της διαταραχής, τους πολλαπλούς τομείς λειτουργικότητας που παρεμποδίζονται και τα διαγνωστικά κριτήρια.

Τα διαγνωστικά κριτήρια για ΔΕΠΥ απαιτούν αξιολόγηση της λειτουργικής βλάβης σε πολλαπλά πλαίσια και από πολλές προοπτικές. Για παιδιά με ΔΕΠΥ, τα ελλείμματα εμφανίζονται συχνά στο σχολείο (π.χ. υστέρηση στα ακαδημαϊκά επιτεύγματα, οργανωτικές δυσκολίες, διαταραχές σε σχέσεις με συνομηλίκους, τεταμένες σχέσεις δασκάλου-παιδιού) και στο σπίτι (π.χ., αδυναμία ολοκλήρωσης των οικιακών εργασιών, υπερβολικοί τραυματισμοί λόγω παρορμητικότητας και τεταμένων σχέσεων με γονείς). Στην πραγματικότητα, είναι αυτά τα ελλείμματα και όχι τα συμπτώματα ΔΕΠΥ, που συχνά οδηγούν τους ενήλικες να παραπέμπουν παιδιά σε θεραπεία.

Επιπλέον, οι δείκτες λειτουργικότητας όπως ακαδημαϊκές επιδόσεις και σχέσεις με συνομηλίκους είναι ιδιαίτερα ισχυροί προγνωστικοί παράγοντες μακροπρόθεσμης προσαρμογής.

Έτσι, δεδομένου της συνάφειας πλαισίων των δεικτών λειτουργικότητας, της σημασίας των ελλειμμάτων στον διαγνωστικό προσδιορισμό της ΔΕΠΥ και του εύρους των τομέων που παρουσιάζουν ελλείμματα για παιδιά με αυτή τη διαταραχή, μεγαλύτερη προσοχή πρέπει να δοθεί στον αντίκτυπο της θεραπείας στη λειτουργικότητα, καθώς και στη συμπίεση μεταξύ αλλαγής συμπτωμάτων και αλλαγής λειτουργικότητας (Owens, Johannes & Karpenko, 2009).

Συμπεράσματα-Επίλογος

Η ΔΕΠΥ είναι μια συχνότατη, δια βίου, διαταραχή που την εμφανίζουν ολο και περισσότεροι άνθρωποι στις μέρες μας. Χαρακτηρίζεται από ευρεία ετερογένεια και αντιμετωπίζεται στην κλινική πράξη με περίπλοκη κλινική εικόνα, καθώς μπορεί να συνυπάρχει με άλλες διαταραχές, με αποτέλεσμα να μην είναι πάντα εύκολη και γρήγορη η διάγνωσή της και να επηρεάζονται οι προγνωστικοί παράγοντες για τη ΔΕΠΥ. Μπορεί να εμφανίζει ήπια, μέτριας έντασης ή πιο σοβαρά συμπτώματα και αναλόγως επηρεάζει σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό, την καθημερινότητα των ανθρώπων που την εμφανίζουν, τη λειτουργικότητά τους και των οικείων τους, καθώς και την ψυχολογία αυτών. Η ένταση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ μπορεί να διαφέρει στο πέρασμα των χρόνων, στο ίδιο άτομο. Ωστόσο σε πολλές περιπτώσεις, με την κατάλληλη συμπεριφορική εκπαίδευση και καθοδήγηση από ειδικούς, τη λήψη φαρμάκων όπου απαιτείται και σε συνδυασμό με την προσπάθεια και θέληση του ίδιου του ατόμου με ΔΕΠΥ, την κατανόηση και τη στήριξη του περιβάλλοντός του, επιτυγχάνεται μια λειτουργική καθημερινότητα. Η έγκαιρη διάγνωση στα παιδιά, σημαίνει και έγκαιρη παρέμβαση, και είναι απαραίτητη ώστε να βοηθηθούν και στο σχολικό και στο οικογενειακό περιβάλλον. Σαν συμπεράσματα λοιπόν όσον αφορά την σφαιρική αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ στα παιδιά και γενικότερα, μπορούμε να τονίσουμε τα εξής:

α) Η έρευνα συστήνει σαν βέλτιστη προσέγγιση στην ψυχοκοινωνική παρέμβαση αυτή που συνδέει την οικογένεια και το σχολείο για να αντιμετωπιστούν προβληματικές συμπεριφορές και μαθησιακές δυσκολίες.

β) Ο πιο σημαντικός παράγοντας για τη βελτίωση των προβλημάτων στα παιδιά και καλύτερου μακροπροθέσμου αποτελέσματος, είναι η καλή γονική μέριμνα, δηλαδή η υπομονή, η κατανόηση, η ηρεμία, η αγάπη, η αποδοχή, η παροχή ψυχολογικής ασφάλειας, η τήρηση ορίων, η ισορροπία στη σχέση γονέα και παιδιού. Αυτό βέβαια προϋποθέτει και την ψυχολογική υγεία των γονέων, τη συνεννόηση και υγιή επικοινωνία όλων των μελών της οικογένειας. Γι αυτό το λόγο, συνιστάται η παρακολούθηση από ειδικό και των γονέων όπου υπάρχει ανάγκη. Ο στόχος της συμπεριφορικής εκπαίδευσης των γονέων, είναι η βελτίωση της συμπεριφοράς των παιδιών.

γ) Είναι πολύ σημαντικό, οι σχολικοί ψυχολόγοι να υποστηρίξουν τη συμπερίληψη της αξιολόγησης που πραγματοποιείται βάσει τεκμηρίωσης και εμπειρικής υποστήριξης και των στρατηγικών παρεμβάσεων που πρέπει να χρησιμοποιούνται σε τακτική βάση.

δ) Είναι επίσης πολύ σημαντικός ο ρόλος των εκπαιδευτικών, η ευαισθητοποίηση τους και η εκπαίδευση τους στην αντιμετώπιση παιδιών με ΔΕΠΥ και μαθησιακές δυσκολίες γενικότερα.

ε) Είναι αναγκαία η στήριξη από ειδικούς των παιδιών καθώς και των οικογενειών και εκπαιδευτικών όπου και όπως χρειάζεται.

στ) Για τους ενήλικες είναι εξίσου απαραίτητη η κατανόηση και αγάπη από το περιβάλλον τους, η προσπάθεια αυτορρύθμισης και σε περιπτώσεις δυσλειτουργικής καθημερινότητας η στήριξή τους από ειδικό.

Σίγουρα όλοι μας ως άνθρωποι έχουμε τις διαταραχές μας, τις αδυναμίες μας, αλλά και την ανάγκη να συνυπάρχουμε με αγάπη με τους άλλους ανθρώπους, να νιώθουμε αποδεχτοί, και να αποδεχόμαστε εμάς και τους γύρω μας, με ότι κουβαλάει ο καθένας μας, ενώ ταυτόχρονα να αγωνιζόμαστε για τη βελτίωση μας. Τι πιο όμορφο λοιπόν αντί να κρίνουμε τα λάθη μας, να προσπαθούμε να βελτιωνόμαστε τόσο όσον αφορά τον ίδιο τον εαυτό μας, όσο και να βοηθούμε και να κατανοούμε ο ένας τον άλλον, στον δια βίου αγώνα μας. Ως γνωστόν, τα παιδιά παραδειγματίζονται από τους μεγαλύτερους, ας προσπαθήσουμε λοιπόν να τους δείξουμε συμπεριφορές που αρμόζουν στον άνθρωπο, ως εικόνες του Θεού, που είμαστε.

Αναφορές

- Αγαπητού, Π. (2003). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα: Συμπεριφορική, Νοητική και Νευροψυχολογική Διαφοροποίηση*. Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας, Βόλος.
- Γκόρια, Ε., Κόντρα, Α. & Παγανόπουλος, Δ. (2017). *Πώς να υποστηρίξεις ένα παιδί Πρωτοβάθμιας Εκπαίδευσης με ΔΕΠΥ μέσα στην τάξη*; ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Πάτρα.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2006). *Ψυχοπαθολογία παιδιών και εφήβων: Αναπτυξιακή προσέγγιση*. Αθήνα: Τυπωθήτω – Γιώργος Δάρδανος.
- Κάκουρος, Ε. & Μανιαδάκη, Κ. (2012). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα: Θεωρητικές προσεγγίσεις και θεραπευτική αντιμετώπιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Gutenberg.
- Κόρπα, Τ. (2019). *Αιτιοπαθογένεια-Παράγοντες κινδύνου για ΔΕΠΥ*. Εισήγηση στο Μετεκπαιδευτικό Σεμινάριο της Ελληνικής Εταιρίας Μελέτης ΔΕΠΥ και του Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.
- Πίττα, Ε. (2015). *Σύνδρομο Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας του παιδιού*. ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας, Πάτρα.
- Asherson, P. (2013). ADHD in Adults: A Clinical Concern. In C.B.H. Surman (ed.), *ADHD in Adults: A Practical Guide to Evaluation and Management* (pp.1-17). New York: Springer Science+Business Media.
- Baker, K. (2012). Conduct disorders in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 23, (1), 24-29.
- Bruni, O., Ferri, R., Verrillo, E. & Miano, S. (2006). New approaches to the study of leg movements during sleep in ADHD children. In: Proceedings of the 20th meeting of the Associated Sleep Societies 2006. *Sleep*, 29, 259.
- Buss, A. H., & Plomin, R. (1984). *Temperament: Early developing personality traits*. Hillsdale: Erlbaum.
- Chesterfield, J. A., Porzig-Drummond, R., Stevenson, R. J. & Stevenson, C.S. (2020). Evaluating a brief behavioral parenting program for parents of school-aged children with ADHD. *Parenting Science and Practice*, 1-26. doi: 10.1080/15295192.2020.1777783
- Cortese, S., Faraone, S.V., Konofal, E. & Lecendreux, M. (2009). Sleep in children with attention deficit/hyperactivity disorder: Meta-analysis of subjective and objective studies. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48, 894–908.
- De Pauw, S. S. W. & Mervielde, I. (2011). The Role of Temperament and Personality in Problem Behaviors of Children with ADHD. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 277-291. doi: 10.1007/s10802-010-9459-1
- Dillon, J.E., Blunden, S., Ruzicka, D.L., Guire, K.E., Champine, D. & Weatherly, R.A. (2007). DSM-IV diagnoses and obstructive sleep apnea in children before and 1 year after adenotonsillectomy. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 46, 1425–36.

- DSM-5 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (2013), American Psychiatric Association. Washington-London: American Psychiatric Publishing, pp.59-65.
- DuPaul, G. J. & Jimerson, S. R. (2014). Assessing, understanding, and supporting students with ADHD at school: Contemporary science, practice, and policy. *School Psychology Quarterly*, 29, (4), 379–384. doi.org/10.1037/spq0000104
- DuPaul, G. J., Weyandt, L. L. & Janusis, G. M. (2011). Effective intervention strategies. *Theory Into Practice*, 50, 35–42. doi: 10.1080/00405841.2011.534935
- Foley, M., McClowry, S. G. & Castellanos, F. X. (2008). The relationship between attention deficit hyperactivity disorder and child temperament. *The Journal of Applied Developmental Psychology*, 29, 157-169.
- Gudjonsson GH, Sigurdsson JF, Bragason OO, Newton AK, Einarsson E. 2008. Interrogative suggestibility, compliance and false confessions among prisoners and their relationship with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms. *Psychol Med*, 38, 1037 – 1044.
- Hong, H. J., Lee, J. B., Kim, J. S., Seo, W. S., Koo, B. H., Bai, D. S., et al. (2010). Impairment of concept formation ability in children with ADHD: Comparisons between lower grades and higher grades. *Psychiatry Investigation*, 7, (3), 177–188.
- Huang, Y.S., Guilleminault, C., Li, H.Y., Yang, C.M., Wu, Y.Y. & Chen N.H. (2007) Attention-deficit/hyperactivity disorder with obstructive sleep apnea: A treatment outcome study. *Sleep Med*, 8,18–30.
- ICD-10 Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας, Δέκατη Αναθεώρηση (2008). Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας. Γενεύη, σελ.280-281.
- Jerome, L. (2001). Can methylphenidate facilitate sleep in children with attention deficit hyperactivity disorder? *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 11,109.
- Konofal, E., Lecendreux, M., Bouvard, M., Mouren, M.C. (2001). Effects of vesperal methylphenidate (MPH) administration on diurnal and nocturnal activity in ADHD children: An actigraphic study. *Sleep, abstract supplement*, 363,(G).
- Konofal, E., Lecendreux, M. & Cortese, S. (2010). Sleep and ADHD. *Sleep Medicine*, 11, 652-658. doi:10.1016/j.sleep.2010.02.012
- LeBourgeois, M. K., Avis, K. Mixon, M., Olmi, J., & Harsh, J. (2004). Snoring, sleep quality, and sleepiness across attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes. *Sleep*, 27, 520–525.
- Malow, B. A., Adkins, K. W., Reynolds, A., Weiss, S. K., Loh, A., Fawkes, D., . . .Clemons, T. (2014). Parent-based sleep education for children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 44, 216-228.
- Martel, M. M. (2009). Research Review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: Emotion dysregulation and trait models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, (9), 1042-1051. doi:10.1111/j.1469-7610.2009.02105.x
- Masi, L. & Gignac, M. (2015). ADHD and comorbid disorders in childhood psychiatric problems, medical problems, learning disorders and developmental coordination disorder. *iMedPub Journals*, 1, (5), 1-9.

- Mautone, J. A., Lefler, E. K. & Power, T. J. (2011). Promoting family and school success for children with ADHD: Strengthening relationships while building skills. *Theory Into Practice, 50*, 43–51. doi: 10.1080/00405841.2011.534937
- Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Bixler, E. O., Vgontzas, A. N., Mahr, F., Hillwig-Garcia, J.,...Parvin, M. (2009). ADHD subtypes and comorbid anxiety, depression, and oppositional-defiant disorder: Differences in Sleep Problems. *Journal of Pediatric Psychology, 34*, (3), 328-337. doi: 10.1093/jpepsy/jsn083
- Owens, J. S., Johannes, L. M. & Karpenko, V. (2009). The relation between change in symptoms and functioning in children with ADHD receiving school-based mental health services. *School Mental Health, 1*, 183–195. doi: 10.1007/s12310-009-9020-y
- Papadopoulos, N., Sciberras, E., Hiscock, H., Mulraney, M., McGillivray, J. & Rinehart, N. (2019). The efficacy of a brief behavioral sleep intervention in school-aged children with ADHD and comorbid autism spectrum disorder. *Journal of Attention Disorders, 23*, (4), 341-350. doi: 10.1177/1087054714568565
- Picchiatti, D. L. & Walters A. S. (1996). Restless legs syndrome and periodic limbs movements in childhood and adolescence: Comorbidity with attention deficit hyperactivity disorder. *J Child Adolesc Clin North Am, 5*, 729–40.
- Picchiatti, D.L. & Walters A.S. (1999). Moderate to severe periodic limb movement disorder in childhood and adolescence. *Sleep, 22*, 297–300.
- Putnam, S. P., Ellis, L. K., & Rothbart, M. K. (2001). The structure of temperament from infancy through adolescence. In A. Elias & A. Angleitner (Eds.), *Advances and proceedings in research on temperament* (pp. 165–182). Germany: Pabst Scientist.
- Qian, Y., Shuai, L., Chan, R. C. K, Qian, Q. & Wang, Y. (2013). The developmental trajectories of executive function of children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Research in Developmental Disabilities, 34*, 1434-1445. doi:org/10.1016/j.ridd.2013.01.033
- Riggs, N., Blair, C. B., & Greenberg, M. T. (2003). Concurrent and 2-year longitudinal relations between executive function and the behavior of 1st and 2nd grade children. *Child Neuropsychology, 9*, 267–276.
- Rogers, M. & Tannock, R. (2018). Are classrooms meeting the basic psychological needs of children with ADHD symptoms? A self-determination theory perspective. *Journal of Attention Disorders, 22*, (14), 1354–1360. doi:10.1177/108705471350892
- Sciberras, E., Fulton, M., Efron, D., Oberklaid, F., & Hiscock, H. (2011). Managing sleep problems in school aged children with ADHD: A pilot randomised controlled trial. *Sleep Medicine, 12*, 932-935.
- Vriend, J. L., Corkum, P. V., Moon, E. C., & Smith, I. M. (2011). Behavioral interventions for sleep problems in children with autism spectrum disorders: Current findings and future directions. *Journal of Pediatric Psychology, 36*, 1017-1029.

Wåhlstedt, C., Thorell, L. B. & Bohlin, G. (2008). ADHD symptoms and executive function impairment: Early predictors of later behavioral problems. *Developmental Neuropsychology*, 33, (2), 160-178.

Young, S. & Thome, J. (2011). ADHD and offenders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 12, (S1), 126-130.