

Αθήνα 03-09-2014

# **Διαταραχές ελλειμματικής προσοχής και αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς**

Ιωάννα Καζάνη  
Βασιλική Σπανού  
Νικόλαος Τριπόδης

ISBN: 978-960-93-6327-3

# **Διαταραχές ελλειμματικής προσοχής και αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς**

## **Συγγραφείς:**

Ιωάννα Καζάνη, Παιδοψυχίατρος

Βασιλική Σπανού, Ψυχολόγος

Δρ. Νικόλαος Τριπόδης, Σχολικός Σύμβουλος

## **Επιμέλεια κειμένου:**

Έντα Σκουλά, Εκπαιδευτικός

## **Διαταραχές ελλειμματικής προσοχής και αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς**

### **▪ Εισαγωγή**

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, η Διαταραχή Διαγωγής και η Εναντιωτική Διαταραχή σχηματίζουν μια ομάδα διαταραχών, που αποκαλείται στο DSM IV ως Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Αποδιοργανωτικής Συμπεριφοράς. Οι διαταραχές αυτές, ως ομάδα, θεωρούνται οι πιο συνηθισμένες στην παιδική ηλικία και είναι, ίσως, οι διαταραχές στις οποίες έχουν εστιάσει οι περισσότερες έρευνες παιδικής ψυχοπαθολογίας.(3)

### **▪ Επιδημιολογία**

Σε ότι αφορά την παιδική ηλικία, και τις τρεις διαταραχές, τα αγόρια τις παρουσιάζουν σε υψηλότερα ποσοστά από ότι τα κορίτσια. Ωστόσο, μόνο στις περιπτώσεις της Διαταραχής Διαγωγής και του υποτύπου της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό / Παρορμητικό Τύπο τα υψηλότερα ποσοστά των αγοριών συνεχίζουν να εμφανίζονται και μετά την πάροδο της παιδικής ηλικίας, δηλαδή στην εφηβεία.(3)

### **▪ Αξιολόγηση**

Η κλινική αξιολόγηση ενός παιδιού, που πάσχει από κάποια διαταραχή αυτής της ομάδας, απαιτεί την χρήση πληθώρας πηγών και μεθόδων για την προσέγγιση που θα χρησιμοποιηθεί.(1, 3) Συμπληρωματικά στην κλινική συνέντευξη, θα πρέπει να εξασφαλιστούν επιπλέον πληροφορίες από αναφορές του σχολείου, κλίμακες αξιολογήσεις που θα συμπληρώσουν εκπαιδευτικοί και γονείς, ψυχομετρικά δεδομένα και άμεση παρατήρηση του παιδιού.(3)

### **Κλίμακες αξιολόγησης**

Οι κλίμακες αξιολόγησης, όπως οι κλίμακες των Connors και Achenbach, είναι ανάμεσα στα συχνότερα χρησιμοποιούμενα εργαλεία αξιολόγησης και είναι ιδιαίτερα βοηθητικά για τους επαγγελματίες. Παρέχουν μια εικόνα για την συμπεριφορά του παιδιού η οποία μπορεί να είναι διαφορετική από αυτή που θα προκύψει μέσα από την κλινική παρατήρηση, γιατί το παιδί, συνήθως, δεν εκδηλώνει συμπτώματα μέσα στο χώρο του γραφείου του ειδικού. Οι κλίμακες αξιολόγησης που συμπληρώνονται από τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς μπορούν να χρησιμοποιηθούν επικουρικά

καθώς φέρνουν στοιχεία από διαφορετικές καταστάσεις και περιστάσεις. Οι κλίμακες αυτές, βέβαια, έχουν και αρκετούς περιορισμούς και η διάγνωση δεν θα πρέπει σε καμία περίπτωση να στηρίζεται αποκλειστικά και μόνο σε αυτά τα στοιχεία.(3)

### **Συνηντεύξεις**

Οι συνηντεύξεις με το παιδί και τους γονείς του αποτελούν ένα σημαντικό βήμα στην κλινική αξιολόγηση. Στην κλινική πρακτική, οι συνηντεύξεις ακολουθούν συνήθως μια ημι-δομημένη μορφή με μια ευέλικτη προσέγγιση, που επιτρέπει την διερεύνηση σε βάθος των σχετικών κλινικών πληροφοριών.(3)

### **Ψυχολογική και ψυχομετρική εκτίμηση**

Τα ψυχολογικά και γνωστικά τεστ γενικά δεν είναι απαραίτητα για την αναγνώριση των διαταραχών της ομάδας αυτής. Ωστόσο, τέτοιες αξιολογήσεις μπορεί να προτείνονται ως μέρος της προσπάθειας που καταβάλλεται για να κατανοήσουμε καλύτερα την αξιολόγηση του παιδιού, ιδιαίτερα όταν η αξιολόγηση των γνωστικών λειτουργιών του είναι κριτικής σημασίας για τον καθορισμό του σχολείου που θα πρέπει να τοποθετηθεί το παιδί. (3)

Πολλά από τα παιδιά που παρουσιάζουν κάποια από αυτές τις διαταραχές έχουν και ελλείψεις κοινωνικές δεξιότητες, κατά συνέπεια αντιμετωπίζουν δυσκολίες στις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους. Τα δεδομένα δείχνουν ότι τόσο η υπερκινητικότητα όσο και η επιθετικότητα σχετίζονται με την απόρριψη από την ομάδα των συνομηλίκων, η οποία μπορεί να παρουσιαστεί ακόμα και στην προσχολική ηλικία. Το επίπεδο της υπερκινητικότητας, η ηλικία έναρξης της επιθετικότητας και το αναπτυξιακό στάδιο του παιδιού αποτελούν παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό στον οποίο σημειώνεται η απόρριψη από την ομάδα των συνομηλίκων.(3)

#### **▪ Διαφορική διάγνωση**

Η σωστή διαφοροδιάγνωση των διαταραχών αυτής της ομάδας απαιτεί την διάκριση όχι μόνο ανάμεσα στην Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, την Διαταραχή Διαγωγής και την Εναντιωτική Διαταραχή αλλά και την διάκριση από ένα μεγάλο φάσμα άλλων ψυχιατρικών, αναπτυξιακών διαταραχών αλλά και οργανικών ασθενειών. Οι Διαταραχές της Διάθεσης, οι Αγχώδεις Διαταραχές, οι Μαθησιακές Δυσκολίες, η Νοητική Υστέρηση, οι Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης, οι Γνωστικές

Διαταραχές και οι Ψυχώσεις είναι δυνατόν να κρύβονται πίσω από την ανεπάρκεια στην προσοχή και τις υπερκινητικές/παρορμητικές συμπεριφορές. Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός οργανικών ασθενειών, όπως η επιληψία, η μετατραυματική εγκεφαλοπάθεια αλλά και αισθητηριακές ανεπάρκειες, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διάγνωση. (3)

#### ▪ **Συνοσηρότητα**

Ανάμεσα στις τρεις διαταραχές που απαρτίζουν αυτή την ομάδα, υπάρχει υψηλός βαθμός συνοσηρότητας. Η Εναντιωτική Διαταραχή και η Διαταραχή Διαγωγής είναι παρούσες στο 40-70% των παιδιών που πάσχουν από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα. Αντίστροφα, υπολογίζεται ότι 40-60% των παιδιών, που πάσχουν από Εναντιωτική Διαταραχή και Διαταραχή Διαγωγής, εμφανίζουν και Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα. Σε κλινικά δείγματα, η επικράτηση της συνοσηρότητας Εναντιωτικής Διαταραχής και Διαταραχής Διαγωγής σε παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα αναμένεται να είναι ακόμα υψηλότερη από ότι στις επιδημιολογικές έρευνες, γιατί η σύμπτωση αυτών των διαταραχών είναι πολύ πιθανό να οδηγεί το παιδί σε σοβαρές ανεπάρκειες αλλά και σε μεγαλύτερη πιθανότητα παραπομπής για θεραπεία.(3)

Ανάμεσα στα παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 15 και 20% εμφανίζουν συνοσηρότητα με Διαταραχές της Διάθεσης, 20-25% με Αγχώδεις Διαταραχές, και 6-20% με Μαθησιακές Δυσκολίες. Αν δε τεθεί ένας ευρύτερος ορισμός της σχολικής υποεπίδοσης, τα ποσοστά δείχνουν μεγάλη διακύμανση και εκτείνονται από το χαμηλό 10% ως το πολύ υψηλό 90%.(3)

#### ▪ **Πορεία της διαταραχής και πρόγνωση**

Οι συμπεριφορές που είναι χαρακτηριστικές σε αυτή την ομάδα των διαταραχών είναι παρατηρήσιμες από την προσχολική ηλικία και εξής.(3)

#### ▪ **Αιτιοπαθογένεια**

#### **Νευροβιολογία**

Το βασικό νευροδιαβιβαστικό σύστημα που έχει εμπλακεί στην παθογένεια των διαταραχών αυτής της ομάδας είναι το κατεχολαμινεργικό σύστημα, το οποίο περιλαμβάνει το νοραδρενεργικό και το ντοπαμινεργικό

σύστημα. Επίσης, ο ρόλος του σεροτονινεργικού συστήματος έχει προσελκύσει πρόσφατα το ενδιαφέρον. (3)

Η τομογραφία εκπομπής ποζιτρονίων (PET) έχει δείξει περιοχές χαμηλής εγκεφαλικής δραστηριότητας στον προσθεγκέφαλο και σε περιοχές των βασικών γαγγλίων κατά την διάρκεια μιας δοκιμασίας ονομασίας-αντικειμένου. Ομοίως, μειωμένα ποσοστά εγκεφαλικού μεταβολισμού της γλυκόζης έχουν αναφερθεί σε ενήλικες που στην παιδική ηλικία πληρούσαν τα κριτήρια για την διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα σε σύγκριση με ενήλικες της ομάδας ελέγχου. (3)

#### ▪ **Θεραπευτικές παρεμβάσεις**

Ο επιτυχής θεραπευτικός προγραμματισμός για παιδιά με Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Αποδιοργανωτικής Συμπεριφοράς απαιτούν να ληφθούν υπόψη όχι μόνο τα πυρηνικά συμπτώματα, αλλά και η οικογένεια, οι κοινωνικοί παράγοντες και η συνοσηρότητα με άλλες διαταραχές. Οι θεραπείες που χρησιμοποιούν διαφορετικές προσεγγίσεις είναι συχνά απαραίτητες. (3)

#### **Ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις**

Διάφορες ψυχοκοινωνικές θεραπείες έχουν αποδειχθεί χρήσιμες στην θεραπεία των παιδιών με Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Αποδιοργανωτικής Συμπεριφοράς. Αυτές οι θεραπευτικές προσεγγίσεις θα μπορούσαν να ενταχθούν στις ευρύτερες κατηγορίες των συμπεριφοριστικών θεραπειών και των Γνωσιακών-συμπεριφοριστικών θεραπειών. Εξαιτίας του ότι η διάδραση με την οικογένεια, τους συνομηλίκους και το σχολικό περιβάλλον είναι σημαντική στην εκδήλωση και διαιώνιση των διαταραχών αυτών, οι αποτελεσματικές ψυχοκοινωνικές θεραπείες στοχεύουν και σε αυτούς τους τομείς της ζωής του πάσχοντος. (3)

Ανεξάρτητα από τα δυνητικά τους οφέλη, ένα πρόβλημα με τις ψυχοκοινωνικές παρεμβάσεις είναι ότι τα βραχύχρονα οφέλη περιορίζονται στην χρονική περίοδο που τα προγράμματα αυτά είναι σε εξέλιξη. Επιπλέον, ένας σημαντικός αριθμός παιδιών, και ειδικότερα αυτών που εμφανίζουν τα σοβαρότερα συμπτώματα και την μεγαλύτερη ψυχοκοινωνική δυσκολία, αποτυγχάνουν να σημειώσουν βελτίωση. Επιπρόσθετα προβλήματα στην εφαρμογή προκύπτουν από την άρνηση αρκετών εκπαιδευτικών να χρησιμοποιήσουν συμπεριφοριστικά προγράμματα και το γεγονός ότι σχεδόν

50% των γονέων εγκαταλείπουν πρόωρα τα προγράμματα εκπαίδευσης.(3)  
Τέλος, οι παρεμβάσεις αυτές χρειάζονται συστηματική δουλειά και μακρόχρονη βελτίωση δεν έχει αναφερθεί, γεγονός που περιορίζει την αξία τους όταν αυτές χρησιμοποιούνται μόνες.(2, 3)

### **Βιβλιογραφία**

1. Gresham, F.M. (1985). Behaviour disorder assessment: Conceptual, definitional and practical considerations. *School Psychology Review*, 14, 495-509
2. Hinshaw, S.P. (1992). Academic underachievement, attention deficits and aggression: Comorbidity and implications for intervention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 893-903
3. Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000). "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company

## **Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα**

### ▪ **Εισαγωγή**

Όλοι κάποια στιγμή έχουμε αντιμετωπίσει ιδιαίτερη δυσκολία να συγκεντρωθούμε ή να παραμείνουμε καθισμένοι στην ίδια θέση για πολλές ώρες ή να ελέγξουμε την παρορμητικότητά μας. Αυτή τη δυσκολία την έχουμε βιώσει «κάποια στιγμή» στη ζωή μας. Υπάρχουν, όμως, άτομα που βιώνουν το πρόβλημα της διάσπασης της προσοχής και της υπερκινητικότητας σε τέτοια ένταση και σταθερότητα, που καταλήγει να εμποδίζει την καθημερινή τους λειτουργικότητα.(46) Ο όρος «υπερκινητικός» είναι οικείος στους περισσότερους ανθρώπους και ιδιαίτερα στους γονείς και εκπαιδευτικούς.(22) Το υπερκινητικό σύνδρομο αποτελεί ένα σταθερό μοτίβο συμπεριφοράς, το οποίο συνήθως εκδηλώνεται σε πολύ μικρή ηλικία και χαρακτηρίζεται τόσο από την υπερκινητικότητα όσο και από τη διάσπαση της προσοχής.(89) Το παιδί που είναι διαρκώς σε κίνηση, χτυπά τα χέρια του στο τραπέζι και κουνάει τα πόδια του ασταμάτητα, ενοχλεί τους άλλους χωρίς να υπάρχει συγκεκριμένος λόγος, μιλά χωρίς να του έχει δοθεί ο λόγος και είναι πειραχτήρι, το αποκαλούν συχνά υπερκινητικό. Είναι το παιδί που μπορεί να οδηγήσει γονείς και εκπαιδευτικούς στα όρια τους.(22) Μάλιστα, κάποιοι συγγραφείς αναφέρουν ότι το «υπερκινητικό σύνδρομο» είναι ο όρος που περιγράφει ένα από τα πιο βασανιστικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν γονείς και εκπαιδευτικοί: το υπερδραστήριο παιδί, που δε μένει ήσυχο ούτε για ένα λεπτό.(37) Το DSM έστρεψε την προσοχή των ειδικών από την υπερκινητικότητα στη δυσκολία του παιδιού να συγκεντρωθεί σε ένα συγκεκριμένο έργο, για ένα ορισμένο χρονικό διάστημα και στην τάση του να εμπλέκεται σε άσχετες με το αντικείμενο του έργου ασχολίες. Ο σύγχρονος διαγνωστικός όρος είναι Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα. (22)

### **Ιστορικά στοιχεία**

Το 1897, για πρώτη φορά, περιγράφεται η ψυχοκινητική αστάθεια στο παιδί. Ο Γάλλος παιδοψυχίατρος Bourneville την ενέταξε στη συμπτωματολογία ορισμένων μορφών ελαφράς νοητικής υστέρησης και μάλιστα ως το κύριο σύμπτωμα. Η έννοια του υπερκινητικού συνδρόμου είναι μεταγενέστερη και συνδέθηκε με τις συνέπειες εγκεφαλικών βλαβών στα



παιδιά. Πιο συγκεκριμένα, το 1921 ο Hohmann θα χρησιμοποιήσει την έννοια του υπερκινητικού συνδρόμου, όταν θα περιγράψει στη μελέτη του τις συνέπειες των κρανιακών τραυμάτων και της εγκεφαλίτιδας στα παιδιά. Στην Αγγλοσαξονική σχολή, ο όρος «υπερκινητικό σύνδρομο» είχε επικρατήσει με προσέγγιση νευροβιολογική και μέχρι πρότινος χρησιμοποιόταν με την έννοια των όρων «ελάχιστη εγκεφαλική βλάβη» ή «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» παραπέμποντας σε ένα ευρύτερο φάσμα δυσλειτουργιών του Κεντρικού Νευρικού Συστήματος (ΚΝΣ).(89)

#### ▪ **Επιδημιολογία**

Η επικράτηση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα ήταν δύσκολο να ανευρεθεί εξαιτίας των διαφορετικών κατά καιρούς ορισμών και περιγραφών της διαταραχής και των διαφορών στα δείγματα που χρησιμοποιούνταν στις διάφορες επιδημιολογικές έρευνες. (22) Οι υπολογισμοί της επικράτησης κυμαίνονταν μεταξύ 1% και 20%.(22, 24, 71, 75) Ενδεικτικό αυτής της δυσκολίας είναι το γεγονός ότι, ακόμα και σήμερα, οι επιδημιολογικές μελέτες σε Αμερική και Ευρώπη δίνουν διαφορετικά ποσοστά για παράδειγμα έρευνες στη Μ. Βρετανία δίνουν ποσοστό 0.1% και την ίδια στιγμή, έρευνες στις Η.Π.Α. αναφέρουν ποσοστά που κυμαίνονται μεταξύ 2% και 4%. Είναι πιθανόν οι διαφορές αυτές να οφείλονται σε διαφορές στη διαγνωστική εκτίμηση ή σε διαφορές στην έκφραση της συμπτωματολογίας.(89) Τελευταία έχει υπάρξει μια συμφωνία ότι η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα είναι μια νευροβιολογική διαταραχή που παρουσιάζει το 3-5% του πληθυσμού των παιδιών σχολικής ηλικίας (3, 8, 22, 46, 79, 86) ή για άλλους το 2.0 - 6.3%.(47) Οι εκτιμήσεις των περισσότερων ερευνών δείχνουν ότι ένα ακόμα μεγαλύτερο ποσοστό παιδιών, της τάξεως του 5-10%, παρουσιάζουν σχετικά προβλήματα.(46, 77)

Σε ότι αφορά τις διαφορές της επικράτησης της διαταραχής ανάμεσα στα δύο φύλα, φαίνεται ότι αυτή είναι συχνότερη στα αγόρια, με αναλογία 3 ή 4 προς 1.(89) Οι έρευνες δείχνουν ότι το 80% των παιδιών που πάσχουν από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα είναι αγόρια. (4: 46) Εξετάζοντας τα δεδομένα των ερευνών αυτών για τις ποσοτικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων, θα πρέπει να έχουμε κατά νου ότι η διαφορά συχνότητας μπορεί να έχει τη βάση της σε βιολογικούς

παράγοντες, αλλά είναι εξίσου πιθανό να σχετίζεται με το γεγονός ότι η περιγραφή της κλινικής εικόνας και της συμπτωματολογίας της διαταραχής εστιάζει συνήθως σε αγόρια με έκδηλες προβληματικές συμπεριφορές, που διαταράσσουν την ομαλή λειτουργία της εκπαιδευτικής διαδικασίας ή την αρμονία της οικογένειας. Ωστόσο, θα πρέπει να λαμβάνουμε υπόψη μας το γεγονός ότι τα κορίτσια είναι πιθανότερο να εκδηλώσουν δυσκολίες στη συγκέντρωση και στην εστίαση της προσοχής, αλλά πολλές φορές διαφεύγουν τη διάγνωση, ακριβώς επειδή τα προβλήματα που εμφανίζουν δε συνοδεύονται από υπερκινητικού τύπου συμπεριφορές, οι οποίες είναι εύκολα παρατηρήσιμες και αρκετά διαταρακτικές, ώστε να εγείρουν ανησυχία και να κατευθύνουν γονείς ή εκπαιδευτικούς στην παραπομπή του παιδιού για αξιολόγηση από ειδικούς.(46) Ελλείψει αυτών των εμφανών προβληματικών συμπεριφορών υπερκινητικού τύπου, τα προβλήματα των κοριτσιών που εμφανίζουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής χωρίς Υπερκινητικότητα, δε γίνονται αντιληπτά ως συμπτώματα της διαταραχής.(4: 46) Συνεπώς, η ακρίβεια των ποσοστών επικράτησης της διαταραχής σε αγόρια και κορίτσια εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό και από το αν το δείγμα που χρησιμοποιείται στην επιδημιολογική έρευνα προέρχεται από κλινικές παραπομπές ή αν το δείγμα προέρχεται από το γενικό πληθυσμό, γιατί ακριβώς τα αγόρια είναι πιθανότερο να παραπεμφθούν για αξιολόγηση εξαιτίας της επιθετικής συμπεριφοράς που συχνά εκδηλώνουν μέσα στα πλαίσια της συμπτωματολογίας της διαταραχής. Μάλιστα κάποιες επιδημιολογικές μελέτες απέτυχαν να βρουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, σε ότι αφορά την επικράτηση της διαταραχής αυτής.(22) Επιπρόσθετα, σε μελέτες που ως δείγμα χρησιμοποιήθηκαν κορίτσια που έπασχαν από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, δεν εντοπίστηκαν διαφορές ανάμεσα στα κορίτσια και στα αγόρια που εμφάνιζαν τη διαταραχή αυτή.(15, 22, 44, 60) Κάποιοι συγγραφείς σημειώνουν ότι όσον αφορά την παιδική ηλικία τα αγόρια εμφανίζουν, γενικά, υψηλότερα ποσοστά της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα αλλά ειδικότερα στον υπότυπο της διαταραχής αυτής με Προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό – Παρορμητικό Τύπο, αυτά τα υψηλότερα ποσοστά των αγοριών επιμένουν να εμφανίζονται και κατά τη διάρκεια της εφηβικής ηλικίας.(47)

Η μέχρι πρότινος επικρατούσα αντίληψη ότι στην εφηβεία η συμπτωματολογία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα υποχωρεί ή και εξαφανίζεται, πιθανότατα οφειλόταν στο γεγονός ότι κάποια συμπτώματα της διαταραχής, όπως η υπερκινητικότητα, μειώνονται στην εφηβεία.(46) Ωστόσο σήμερα, γνωρίζουμε με ακρίβεια ότι ένα ποσοστό 50-70% των παιδιών, που εκδήλωσαν τη διαταραχή στην παιδική ηλικία, εκδηλώνουν έντονη συμπτωματολογία και στην εφηβεία. (4: 46) Μάλιστα η συμπτωματολογία της διαταραχής μπορεί να συνεχίζει να είναι παρούσα ακόμα και στην ενήλικη ζωή του ατόμου. Οι έρευνες, που έχουν εστιάσει σε ενήλικους που παρουσιάζουν τη συμπτωματολογία της διαταραχής, αναφέρουν ότι ένα ποσοστό που κυμαίνεται μεταξύ 2% και 4% των ενηλίκων εμφανίζουν συμπτώματα της διαταραχής σε βαθμό ικανό, ώστε να δοθεί η διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα.(21, 46)

Σε ότι αφορά την επικράτηση της διαταραχής αυτής στα παιδιά σχολικής ηλικίας δε φαίνεται να παρουσιάζει καμία διακύμανση σε συνάρτηση με την κοινωνικο-οικονομική τάξη της οικογένειας του παιδιού. Ωστόσο, είναι σαφές ότι τόσο τα παιδιά που παρουσιάζουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα όσο και τα παιδιά που παρουσιάζουν Διαταραχή Διαγωγής ανήκουν σε δυσαρμονικές οικογένειες, με σοβαρή ψυχοπαθολογία των γονέων ή αλκοολισμό.(89)

#### ▪ Κλινική εικόνα

Τα βασικά στοιχεία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα συμπεριλαμβάνουν την παρορμητικότητα, την ελλειμματική προσοχή και σε ορισμένες περιπτώσεις την υπερκινητικότητα, όλα σε τέτοια μορφή που να μην αρμόζει στο αναπτυξιακό στάδιο που διάγει το παιδί.(46) Η έναρξη της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα συνήθως τοποθετείται στην ηλικία των 3 έως 5 ετών. Το παιδί εμφανίζει υπερβολική κινητικότητα, η οποία είναι παρατηρήσιμη κυρίως σε καταστάσεις δομημένες και οργανωμένες, οι οποίες απαιτούν και την επίδειξη υψηλού βαθμού αυτοελέγχου από μέρους του παιδιού. Η εικόνα του παιδιού που πάσχει από αυτή τη διαταραχή χαρακτηρίζεται από μια έντονη δραστηριοποίηση και ενεργητικότητα, η οποία τις περισσότερες φορές είναι άσκοπη. Εμφανίζει ιδιαίτερη δυσκολία στο να ολοκληρώσει μια δραστηριότητα

που έχει ξεκινήσει και συχνά το παρατηρούμε να μεταπηδά από τη μια δραστηριότητα στην άλλη, χωρίς όμως ποτέ να ολοκληρώνει κάποια από αυτές.(89) Είναι πάντα σε εγρήγορση και δραστηριοποιείται ασχολούμενο συνεχώς με κάτι καινούριο. Κάποιες φορές μάλιστα δίνει την εντύπωση ότι ξεχνάει να κάνει πράγματα που είναι της δικής του ευθύνης. (46) Οι δραστηριότητες και οι κινήσεις του, όμως, μοιάζουν ακατάστατες, άσκοπες, χωρίς πλάνο και σειρά.(22) Αδυνατεί να παραμείνει καθιστό για περισσότερο από λίγα λεπτά και συνήθως θα το δούμε να τρέχει, να χοροπηδάει, να σκαρφαλώνει, να μιλά ακατάπαυστα, να είναι θορυβώδης, να κουνά ασταμάτητα κάποιο μέλος του σώματός του ή να στριφογυρίζει αδιάκοπα ακόμα και σε καταστάσεις που υποτίθεται ότι είναι ήρεμο.(89; 46) Δίνει την εντύπωση στους γύρω του ότι δεν μπορεί να μείνει ήσυχο ούτε για λίγα λεπτά.(46) Πολύ γρήγορα καταστρέφει τα παπούτσια και τα ρούχα του, σπάει τα παιχνίδια του, και εξαντλεί την οικογένειά του και τους εκπαιδευτικούς του. (22) Είναι παιδί ιδιαίτερα ανυπόμονο, απαιτητικό και με ελάχιστη ανοχή των ματαιώσεων. Του είναι εξαιρετικά δύσκολο να ακολουθήσει κανόνες, να υπακούσει και να δείξει πειθαρχία.(89) Ωστόσο, κατά τη διάρκεια ενός ελεύθερου παιχνιδιού, όπου οι περιορισμοί στη συμπεριφορά του είναι πολύ λιγότεροι, είναι δύσκολο να το διακρίνει κανείς ανάμεσα στα υπόλοιπα παιδιά. (22)

Πολύ συχνά η συμπεριφορά του χαρακτηρίζεται από υπέρμετρη παρορμητικότητα, με αποτέλεσμα να ενεργεί χωρίς να σκέφτεται τις συνέπειες και να εμπλέκεται σε δραστηριότητες και καταστάσεις που θέτουν σε κίνδυνο την σωματική του ακεραιότητα. Το ποσοστό ατυχημάτων και δηλητηριάσεων σε αυτά τα παιδιά είναι ιδιαίτερα υψηλό και για αυτό το λόγο συχνά τονίζεται ότι τα υπερκινητικά παιδιά έχουν ανάγκη από συνεχή επίβλεψη.(89) Οι γονείς των παιδιών αυτών θα πρέπει να έχουν συνεχώς στο μυαλό τους ότι το παιδί που πάσχει από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα δεν κινδυνεύει απλά και μόνο επειδή είναι υπερδραστήριο και υπερκινητικό, αλλά κυρίως γιατί δείχνει μια αδυναμία να κατανοήσει και να υπακούσει στις απαγορεύσεις των ενηλίκων και να συνειδητοποιήσει την επικινδυνότητα των καταστάσεων στις οποίες εμπλέκεται.(46)

Σημαντικά προβλήματα αντιμετωπίζουν τα παιδιά αυτά και στο χώρο του σχολείου, καθώς η ελλειμματική προσοχή τους δημιουργεί σοβαρά

προβλήματα στη συγκέντρωση, στην εκτέλεση και ολοκλήρωση καθηκόντων και δραστηριοτήτων, που απαιτούν την εστίαση της προσοχής τους για μεγάλο χρονικό διάστημα σε ένα συγκεκριμένο στόχο – δραστηριότητα.(89) Τα παιδιά αυτά φαίνεται να έχουν μεγάλη δυσκολία να ελέγξουν την συμπεριφορά τους, ειδικά στις περιστάσεις εκείνες που καλούνται να παραμένουν ήρεμα, όπως η σχολική τάξη και η ώρα του φαγητού. Όταν τους ζητείται να παραμείνουν ήσυχα, φαίνονται ανίκανα να σταματήσουν να κινούνται ή να μιλάνε. (22) Τα σοβαρά, λοιπόν, εμπόδια που συναντά το υπερκινητικό παιδί για να επιτύχει στο σχολείο οφείλονται εν πολλοίς στο ότι η συμπτωματολογία της διαταραχής αντιμάχεται κάθε προσπάθεια του παιδιού για αποτελεσματική μάθηση. Από τη μία πλευρά η έντονη, αποδιοργανωμένη και συχνά άσκοπη υπερδραστηριότητα, από την άλλη πλευρά η διάσπαση της προσοχής και η αδυναμία του παιδιού να συγκεντρωθεί σε ένα έργο, και όλα αυτά σε συνδυασμό με την χαρακτηριστική παρορμητικότητα του παιδιού με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, συνθέτουν ένα πολυδιάστατο εμπόδιο στην ακαδημαϊκή πορεία του.(37) Ως εκ τούτου, το παιδί που πάσχει από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα θα εμφανίσει συχνά Μαθησιακές Διαταραχές.

Γενικότερα, όμως, η συμπεριφορά τους, όπως αυτή περιγράφεται παραπάνω, τα κάνει ιδιαίτερα δυσλειτουργικά μέσα στο χώρο της σχολικής τάξης και κατά συνέπεια ανεπιθύμητα από εκπαιδευτικούς και συμμαθητές.(89; 37) Η πλειονότητα αυτών των παιδιών αντιμετωπίζει σημαντική δυσκολία στο να δημιουργήσει και να διατηρήσει σχέσεις με τους συνομηλίκους (22, 83) και οι σχέσεις αυτές, ακόμα και όταν δημιουργηθούν, χαρακτηρίζονται προβληματικές εξαιτίας των γρήγορων και ξαφνικών εναλλαγών της ψυχικής τους διάθεσης καθώς και της απουσίας αναστολών στις κοινωνικές τους συναναστροφές.(89, 37) Το γεγονός ότι φέρονται με επιθετικότητα και καταστροφική διάθεση δεν περνά απαρατήρητο από τους εκπαιδευτικούς αλλά ούτε και από τους συνομηλίκους, και η συμπεριφορά αυτή πολλές φορές χαρακτηρίζεται από τους άλλους ως ιδιαίτερα ενοχλητική.(22, 37) Συχνά χαρακτηρίζονται ως αποδιοργανωμένα, ασταθή, αγενή, πεισματάρικα και απαιτητικά άτομα. (22) Τα παιδιά αυτά φαίνεται να διαθέτουν, επίσης, πολύ περιορισμένο ανασταλτικό έλεγχο των συναισθηματικών τους αντιδράσεων και αυτό συχνά έχει σαν αποτέλεσμα το

μηδαμινό ή ασήμαντο εμπόδιο, που τυχόν θα τους παρουσιαστεί την ώρα που παρορμητικά θέλουν να εμπλακούν σε μια δραστηριότητα, να πυροδοτήσει ένα αιφνίδιο και βίαιο ξέσπασμα οργής.(37) Επιπρόσθετα, αν και τα παιδιά αυτά είναι συνήθως φιλικά και ομιλητικά, συχνά αδυνατούν να αντιληφθούν τα ανεπαίσθητα - διακριτικά μηνύματα στις κοινωνικές τους αλληλεπιδράσεις, όπως για παράδειγμα το πότε οι συνομήλικοί τους έχουν κουραστεί ή εκνευριστεί από τα συνεχή τους πειράγματα. Πολύ συχνά, επίσης, παρερμηνεύουν τις επιθυμίες και τις προθέσεις των συνομηλίκων τους και χωρίς να έχουν τέτοια πρόθεση κάνουν πολλά λάθη στις κοινωνικές τους συναναστροφές, όπως για παράδειγμα το να επιμένουν να μείνουν στο σπίτι ενός φίλου για φαγητό ενώ δεν έχουν προσκληθεί σε ανάλογη περίπτωση, κάποιιο άλλο παιδί πολύ γρήγορα θα αντιλαμβανόταν ότι είναι η ώρα να επιστρέψει στο σπίτι του, αλλά αυτό για το παιδί που πάσχει από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα δεν είναι εφικτό. Και αυτή η δυσκολία δεν έχει να κάνει με το γεγονός ότι το παιδί αγνοεί ποια είναι η κοινωνικά αποδεκτή συμπεριφορά σε κάθε περίπτωση' μπορεί να γνωρίζει ποια είναι η αρμόζουσα συμπεριφορά σε μια υποθετική κατάσταση, αλλά συναντά τεράστια δυσκολία στο να μεταφέρει τη γνώση αυτή στην πράξη και να υιοθετήσει την κοινωνικά σωστή συμπεριφορά, όταν βρίσκεται σε μια πραγματική κατάσταση κοινωνικής αλληλεπίδρασης και όχι σε ένα υποθετικό σενάριο.(22, 83)

Σε ότι αφορά τις αγχογόνες – στρεσογόνες καταστάσεις δε, αυτές μπορούν να ενεργοποιήσουν ακόμα και μια κρίση πανικού, η οποία στη συγκεκριμένη περίπτωση αποκαλείται ως «καταστροφική αντίδραση». Το μοτίβο αυτό συμπεριφοράς, που κάνει την εμφάνισή του από τον πρώτο κιόλας χρόνο φοίτησης στο σχολείο, εμφανίζεται σε ποσοστό 1-2% των παιδιών της σχολικής ηλικίας.(37)

Η εφηβεία για το παιδί που πάσχει από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα είναι μια περίοδος μεγάλης έντασης. Μπορεί το παιδί να εμφανίσει μια ολοκληρωτική απόσυρση στον εαυτό του αλλά υπάρχει μεγάλη πιθανότητα να το δούμε να αντιδρά με τρόπους ακραίους και έντονους. Μπορεί η υπερκινητικότητα να σημειώσει μια υποχώρηση κατά την διάρκεια της εφηβείας, θα αντικατασταθεί όμως με μια εξίσου έντονη εσωτερική ανησυχία. Ο έφηβος, που πάσχει από τη διαταραχή

αυτή θα συναντήσει μεγάλες δυσκολίες στην οργάνωση του εαυτού του και κατά συνέπεια θα αντιμετωπίσει σημαντικά προβλήματα υποεπίδοσης στο σχολείο. Συνήθως αναγκάζεται να επαναλάβει την ίδια τάξη τη στιγμή που οι πνευματικές του ικανότητες είναι τέτοιες που, απουσία της διαταραχής, θα του επέτρεπαν να έχει μια ικανοποιητική ακαδημαϊκή επίδοση. Χαρακτηριστικό, επίσης, του εφήβου αυτού είναι και η υπερευαίσθησία και η μηδενική ανοχή στις παρατηρήσεις και την κριτική των άλλων.(46, 64)

Όλα τα παραπάνω δε θα μπορούσαν παρά να οδηγήσουν το πάσχον άτομο να σχηματίσει μια πολύ άσχημη εικόνα για τον εαυτό του και η αυτοεκτίμησή του να κυμαίνεται σε πολύ χαμηλά επίπεδα, μια και η «απόρριψη» που αισθάνεται από τους γονείς, τους εκπαιδευτικούς και τους συνομηλίκους δεν του αφήνουν πολλά περιθώρια να αισθανθεί καλά για τον εαυτό του.(89)

Ο Michael Rutter, ο οποίος σε συνεργασία με άλλους έχει μελετήσει αυτά τα παιδιά, λέει τα εξής:

«Αυτά τα παιδιά φέρνουν συχνά σε απόγνωση το δάσκαλό τους. Συνήθως έχουν νοημοσύνη κατώτερη του μέσου όρου και πιθανό να εμφανίζουν οποιαδήποτε από τις συνήθεις εξελικτικές ανωμαλίες –καθυστέρηση στην ομιλία, αδεξιότητα και αγαρμποσύνη στις κινήσεις, δυσκολία στην εκμάθηση της ανάγνωσης, αντιληπτικές ανεπάρκειες και ελλιπή κατανόηση των σχέσεων των μορφών καθώς και δυσκολίες προσανατολισμού στο χώρο (να διακρίνουν τι βρίσκεται αριστερά και τι δεξιά στο χώρο). Πολλές φορές, επιπλέον, έχουν έντονα ξεσπάσματα οργής. Στη μέση και ύστερη παιδική ηλικία, αυτό το υπερκινητικό πρότυπο συμπεριφοράς συχνά αντικαθίσταται σταδιακά από απάθεια και υποτονικότητα, οπότε τα παιδιά συμπεριφέρονται σαν να έχουν χάσει κάθε εσωτερική παρώθηση και πρωτοβουλία. Οι διαταραγμένες σχέσεις με τα άλλα παιδιά συνεχίζονται, ενώ ακόμη μπορεί να εκδηλωθεί και έντονη αντικοινωνική συμπεριφορά.»

#### ▪ Διάγνωση

Στο ICD-10 οι Υπερκινητικές Διαταραχές περιγράφονται σαν μια ομάδα διαταραχών, οι οποίες έχουν τα ακόλουθα κοινά χαρακτηριστικά:

- εγκαθίστανται πρώιμα στη ζωή του ατόμου

- εμφανίζεται παράλληλα μια υπερδραστήρια, ασυντόνιστη συμπεριφορά με απροσεξία και ελλιπή επιμονή και συγκέντρωση κατά την ενασχόληση με κάποια δραστηριότητα
- τα χαρακτηριστικά αυτά δεν διαφοροποιούνται από κατάσταση σε κατάσταση και προϊόντος του χρόνου

Στο DSM-IV χρησιμοποιείται ο όρος Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και δίνεται μεγαλύτερη έμφαση στα προβλήματα συγκέντρωσης, τα οποία μπορεί να εμφανίζονται χωρίς απαραίτητα να υπάρχουν και τα συνοδά υπερκινητικά συμπτώματα.(89)

Επειδή τα συμπτώματα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα ποικίλουν, το DSM-IV πρότεινε 3 διαγνωστικές υποκατηγορίες διαταραχών:

1. Ελλειμματική Προσοχή / Υπερκινητικότητα, Συνδυασμένος Τύπος: σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται τα παιδιά που παρουσιάζουν και των δύο ειδών τα προβλήματα, δηλαδή ελλειμματική προσοχή και υπερκινητική-παρορμητική συμπεριφορά.(89; 22) Αυτή η κατηγορία φιλοξενεί την πλειονότητα των παιδιών που εμφανίζουν διαταραχές αυτής της ομάδας. Όσα παιδιά εκδηλώνουν τόσο προβλήματα στην προσοχή όσο και υπερκινητικότητα, έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες να εμφανίσουν και Διαταραχή Διαγωγής, αντιδραστικές συμπεριφορές, να τοποθετηθούν σε ειδικές τάξεις για παιδιά με διαταραγμένη συμπεριφορά και να έχουν δυσκολίες στις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους. (10, 22)
2. Ελλειμματική Προσοχή / Υπερκινητικότητα, με προεξάρχοντα τον Απρόσεκτο Τύπο: σε αυτή την κατηγορία εντάσσονται τα παιδιά των οποίων τα προβλήματα περιστρέφονται κατά κύριο λόγο γύρω από την ελλειμματική προσοχή.(89, 22) Τα παιδιά αυτά που εμφανίζουν ελλειμματική προσοχή αλλά φυσιολογικά επίπεδα κινητικότητας φαίνεται να έχουν περισσότερα προβλήματα με την εστίαση της προσοχής τους και με την ταχύτητα επεξεργασίας των πληροφοριών (9, 22), προβλήματα που φαίνεται να πηγάζουν από κάποια δυσλειτουργία στο δεξιό προσθεγέφαλο.(22, 69)
3. Ελλειμματική Προσοχή / Υπερκινητικότητα, με προεξάρχοντα τον Υπερκινητικό-Παρορμητικό Τύπο: σε αυτή την κατηγορία



εντάσσονται τα παιδιά των οποίων οι δυσκολίες είναι αποτέλεσμα της υπερκινητικής-παρορμητικής συμπεριφοράς τους.(89, 22)

Κάποιοι προτείνουν ότι θα πρέπει να μιλάμε για ξεχωριστές διαταραχές και όχι για 3 υποτύπους της ίδιας διαταραχής (5, 22), ωστόσο οι περισσότερες θεωρίες και έρευνες δεν κάνουν αυτό το διαχωρισμό.(22)

Τα διαγνωστικά κριτήρια σύμφωνα με το DSM - IV είναι τα ακόλουθα:

A. Είτε το (1) είτε το (2):

(1) έξι (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα απροσεξίας έχουν επιμείνει για τουλάχιστον 6 μήνες σε τέτοιο βαθμό, που να είναι δυσλειτουργικά και αναντίστοιχα με το εξελικτικό στάδιο που διέρχεται το παιδί:

Απροσεξία:

- συχνά αποτυγχάνει να δώσει στενή προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στη σχολική εργασία, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες
- συχνά έχει δυσκολία να διατηρήσει την προσοχή εστιασμένη σε ένα έργο ή σε μια δραστηριότητα παιχνιδιού
- συχνά δε φαίνεται να ακούει προσεκτικά όταν απευθύνονται σε αυτόν
- συχνά αδυνατεί να ακολουθήσει οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει τη σχολική εργασία, καθημερινές δουλειές ή εργασιακές υποχρεώσεις
- συχνά έχει δυσκολία να οργανώσει κάποιο έργο ή κάποια δραστηριότητα
- συχνά αποφεύγει, απεχθάνεται ή είναι διστακτικός να εμπλακεί σε έργα που απαιτούν συνεχή πνευματική προσπάθεια
- αποσπάται συχνά από εξωγενή ερεθίσματα και αφαιρείται εύκολα
- είναι συχνά ξεχασιάρης σε ότι αφορά καθημερινές δραστηριότητες και χάνει πράγματα

(2) 6 (ή περισσότερα) από τα ακόλουθα συμπτώματα υπερκινητικότητας – παρορμητικότητας έχουν επιμείνει για τουλάχιστον 6 μήνες σε τέτοιο βαθμό, που να είναι δυσλειτουργικά και αναντίστοιχα με το εξελικτικό στάδιο που διέρχεται το παιδί:

#### Υπερκινητικότητα:

- συχνά κάνει ασταμάτητα κινήσεις με τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στην καρέκλα του (φαίνεται πολύ νευρικός / ή)
- συχνά φεύγει από τη θέση του στη σχολική τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται να παραμείνει καθισμένος
- συχνά τρέχει γύρω-γύρω ή σκαρφαλώνει σε υπερβολικό βαθμό και σε περιστάσεις που είναι ανάρμοστο (σε εφήβους και ενήλικες μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα αεικινήσιας)
- συχνά έχει δυσκολία να εμπλακεί σε παιχνίδια ή άλλες δραστηριότητες (χόμπι) ήσυχα
- είναι συχνά σε εγρήγορση ή συχνά συμπεριφέρεται σαν να κινείται με μηχανή
- συχνά μιλά υπερβολικά

#### Παρορμητικότητα:

- συχνά δίνει βεβιασμένες απαντήσεις πριν καν οι ερωτήσεις ολοκληρωθούν
- συχνά έχει δυσκολία στο να περιμένει τη σειρά του
- συχνά διακόπτει ή παρεμβάλλεται όταν μιλούν άλλοι

B. Κάποια υπερκινητικά – παρορμητικά ή ελλειμματικής προσοχής συμπτώματα που προκάλεσαν ανεπάρκειες ήταν παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών.

Γ. Κάποια ανεπάρκεια εξαιτίας των συμπτωμάτων είναι παρούσα σε δύο ή περισσότερα πεδία (π.χ. σχολείο (ή εργασία) και στο σπίτι).

Δ. Θα πρέπει να υπάρχει κλινικά ξεκάθαρη απόδειξη σημαντικής ανεπάρκειας στην κοινωνική, εκπαιδευτική ή εργασιακή λειτουργικότητα.

Ε. Τα συμπτώματα δεν εμφανίζονται αποκλειστικά στην πορεία μιας Βαριάς Εκτεταμένης Αναπτυξιακής Διαταραχής, Σχιζοφρένειας ή άλλης Ψυχωσικής Διαταραχής και δεν μπορούν να εξηγηθούν καλύτερα από κάποια άλλη ψυχική διαταραχή (π.χ. Διαταραχή της Διάθεσης, Αγχώδη Διαταραχή, Διασχιστική Διαταραχή ή Διαταραχή της Προσωπικότητας).(46, 47)

Σύμφωνα με τα επίσημα διαγνωστικά κριτήρια της Αμερικανικής Ψυχιατρικής Εταιρείας (3), και πιο συγκεκριμένα με το κριτήριο «B», η έναρξη των συμπτωμάτων πρέπει να συμβαίνει πριν την ηλικία των 7 ετών, αν και οι

ερευνητές πιστεύουν ότι το κριτήριο αυτό θα έπρεπε να διευρυνθεί περιλαμβάνοντας οποιαδήποτε στιγμή της παιδικής ηλικίας. (8, 46)

Η διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα δε θα έπρεπε να δίνεται σε νεαρά παιδιά που είναι θορυβώδη, ενεργητικά ή ελαφρώς αφηρημένα, γιατί στα πρώτα χρόνια της σχολικής ζωής τα παιδιά συνήθως είναι κάπως έτσι.(22, 82) Το να χρησιμοποιεί κανείς αυτόν τον όρο μόνο και μόνο επειδή ένα παιδί είναι πιο ζωντανό και περισσότερο δύσκολο στο να το ελέγξει ο γονιός ή ο δάσκαλος θα συνιστούσε κακή χρήση του όρου. Η διάγνωση της διαταραχής αυτής θα πρέπει να δίνεται μόνο στις πραγματικά εξεζητημένες και επίμονες περιπτώσεις τέτοιων παιδιών.(22)

#### ▪ Διαφορική διάγνωση

Η σωστή διαφοροδιάγνωση των διαταραχών που ανήκουν στην ευρύτερη ομάδα «Διαταραχές Ελλειμματικής Προσοχής και Αποδιοργανωτικής Συμπεριφοράς» απαιτεί τη διάκριση όχι μόνο ανάμεσα στη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, τη Διαταραχή Διαγωγής και την Εναντιωτική Διαταραχή αλλά και τη διάκριση από ένα μεγάλο φάσμα άλλων ψυχιατρικών, αναπτυξιακών διαταραχών αλλά και οργανικών ασθενειών. Οι Διαταραχές της Διάθεσης, οι Αγχώδεις Διαταραχές, οι Μαθησιακές Δυσκολίες, η Νοητική Υστέρηση, οι Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης, οι Γνωστικές Διαταραχές και οι Ψυχώσεις μπορούν να είναι παρούσες στην ανεπάρκεια της προσοχής και σε υπερκινητικές/παρορμητικές συμπεριφορές. Η διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, σύμφωνα με το DSM IV, απαιτεί τα συμπτώματα της ελλειμματικής προσοχής, της γνωστικής αποδιοργάνωσης, της παρορμητικότητας και υπερκινητικότητας να μην ερμηνεύονται καλύτερα από μια από τις προαναφερθείσες διαταραχές. Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός οργανικών ασθενειών, όπως η επιληψία, η εγκεφαλοπάθεια αλλά και αισθητηριακές ανεπάρκειες θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη στη διάγνωση. Τέλος, πολλά φάρμακα που χορηγούνται σε παιδιά μπορούν να μιμηθούν τα συμπτώματα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα.(47)

Πιο συγκεκριμένα, σε ότι αφορά τις Αγχώδεις Διαταραχές και τις Διαταραχές του Συναισθήματος, συχνά η συμπτωματολογία τους

περιλαμβάνει διάσπαση της προσοχής και μια διάχυτη ανησυχία, αλλά μπορούμε να τις διαχωρίσουμε από τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα από το γεγονός ότι στις διαταραχές αυτές απουσιάζει η έντονη κινητικότητα και τα συμπτώματα της ελλειμματικής προσοχής και της ανησυχίας δεν είναι σταθερά στο χρόνο και σε διαφορετικές καταστάσεις.(89)

Οι Διάχυτες Διαταραχές της Ανάπτυξης, που επίσης μπορεί να εμφανίσουν συμπτωματολογία υπερκινητική, διαφοροποιούνται από τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα με βάση τις χαμηλές νοητικές ικανότητες, τις δυσκολίες στην κοινωνική συναναστροφή, τα προβλήματα στο λόγο και τις στερεοτυπικές συμπεριφορές, στοιχεία χαρακτηριστικά στις Βαριές Εκτεταμένες Διαταραχές της Ανάπτυξης.(89)

Κάποια συμπτώματα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα μπορεί να είναι παρόντα ακόμα και σε παιδιά με Νοητική Υστέρηση (μέτρια ή σοβαρή).(89)

Σε ότι αφορά τη διαφορική διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα από τη Διαταραχή Διαγωγής, ένα στοιχείο που διευκολύνει τους ειδικούς είναι ότι στην τελευταία σημειώνεται ηπιότερη υπερδραστηριότητα και απροσεξία αλλά οι κοινωνικές νόρμες καταστρατηγούνται κατά συρροή. (89; 22) Η αλληλοεπικάλυψη ανάμεσα στις δύο αυτές διαταραχές, που κυμαίνεται από 30% έως και 90% (22, 39), έχει οδηγήσει κάποιους ερευνητές να υποστηρίξουν ότι οι δύο αυτοί τύποι χαμηλού ελέγχου της συμπεριφοράς είναι στην ουσία η ίδια διαταραχή. (22, 70) Ωστόσο, υπάρχουν διαφορές. Η υπερκινητικότητα συνδέεται περισσότερο με τις άσχετες με το εκάστοτε ζητούμενο έργο δραστηριότητες, τις γνωστικές ελλείψεις και την υποεπίδοση, αλλά και μια καλύτερη μακροχρόνια πρόγνωση. Αντίθετα, τα παιδιά με Διαταραχή Διαγωγής εκδραματίζουν στο σχολείο και αλλού, και είναι περισσότερο πιθανό να είναι πιο επιθετικά και να έχουν γονείς με στοιχεία αντικοινωνικότητας (22) η οικογενειακή τους ζωή, επίσης, χαρακτηρίζεται από ενδοοικογενειακή βία ή επιθετικότητα, χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο και παρουσιάζουν υψηλότερο ρίσκο για παραβατικότητα και χρήση ουσιών στην εφηβεία.(22, 39, 56) Στην προσεκτική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας που αναφέρεται στη σύγκριση των δύο αυτών διαταραχών, ο Hinshaw (1987) προτείνει να συνεχίσουμε να θεωρούμε τις

δύο αυτές διαταραχές ως ξεχωριστές αλλά συνδεδεμένες μεταξύ τους. Δυστυχώς, οι περισσότερες έρευνες για τα υπερκινητικά παιδιά συγχέουν τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα με την επιθετικότητα και τα προβλήματα διαγωγής και καθιστούν τα αποτελέσματα για την υπερκινητικότητα λιγότερο ξεκάθαρα. (22, 39)

Η αιφνίδια έναρξη της διαταραχής σε παιδιά σχολικής ηλικίας παραπέμπει σε πιθανή οργανική αιτιολογία (δηλητηρίαση, ρευματικός πυρετός) ή σε ψυχογενή αντίδραση σε έντονο stress. (89)

#### ▪ **Συνοσηρότητα**

Όταν υπάρχει συνοσηρότητα Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα και Διαταραχής Διαγωγής σε ένα παιδί, εκδηλώνονται τα χειρότερα χαρακτηριστικά της καθεμίας από τις δύο διαταραχές. (22) Αυτά τα παιδιά εκδηλώνουν τις πιο σοβαρές αντικοινωνικές συμπεριφορές και έχουν τη φτωχότερη πρόγνωση.(13, 16, 22, 62) Πρόσφατα έχει προταθεί ότι τα παιδιά που εμφανίζουν συνοσηρότητα αυτών των δύο διαταραχών σχηματίζουν μια ξεχωριστή υποκατηγορία, η οποία είναι πολύ πιθανό να εξελιχθεί στην ενήλικη ζωή σε ψυχοπαθητικά μοτίβα Αντικοινωνικής Διαταραχής της Προσωπικότητας.(22, 57) Ένας τρόπος για να συμβεί αυτό είναι να προηγηθεί η εκδήλωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα και η ενοχλητική συμπεριφορά του παιδιού να προκαλεί εχθρικές αντιδράσεις από συνομηλίκους και ενηλίκους. Στην συνέχεια, εγκαθίσταται μια συχνότερη εκδήλωση προοδευτικά εντονότερων επιθέσεων και αντεπιθέσεων, η οποία οδηγεί στις επιθετικές συμπεριφορές, χαρακτηριστικές στη Διαταραχή Διαγωγής.(22)

Εκτός από τη Διαταραχή Διαγωγής, όμως, περίπου 20-25% των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα εμφανίζουν και μια Μαθησιακή Δυσκολία στα μαθηματικά, την ανάγνωση ή την ορθογραφία (10, 22) και ακόμα περισσότερα παιδιά με τη διαταραχή αυτή τοποθετούνται σε ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα, εξαιτίας της δυσκολίας τους να προσαρμοστούν στο τυπικό σχολικό περιβάλλον.(22)

#### ▪ **Πορεία της διαταραχής και πρόγνωση**

Παρότι πολλά παιδιά, ιδιαίτερα της προσχολικής ηλικίας, θεωρούνται από τους γονείς τους υπερδραστήρια και απρόσεκτα, η πλειονότητα αυτών των παιδιών διέρχεται ένα φυσιολογικό αναπτυξιακό στάδιο, το οποίο δε θα

οδηγήσει στην επίμονη συμπτωματολογία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα.(17, 22) Από την άλλη πλευρά, όμως, τα περισσότερα παιδιά που όντως αναπτύσσουν αυτήν τη διαταραχή εμφανίζονται υπερδραστήρια και εκδηλώνουν ασταθή συμπεριφορά από πολύ νωρίς στη ζωή τους. (22) Ακόμα και από την ηλικία του 1.5 έτους, δείγματα υπερκινητικότητας (π.χ. το να «κινείται πολύ κατά την διάρκεια του ύπνου») έχουν αναφερθεί και ακολουθούνται από την εμφάνιση συμπεριφορών όπως το να «έχει δυσκολία να παίξει ήσυχα» και το να «σκαρφαλώνει / τρέχει αδιάκοπα» στην ηλικία των 3 ετών.(47, 55) Η ανικανοποίητη περιέργειά τους και το γεμάτο ενέργεια και δράση παιχνίδι τους κάνουν τα μέτρα προστασίας απαραίτητα για να αποφευχθούν πιθανά τραγικά επακόλουθα, όπως η δηλητηρίαση, τα ατυχήματα (π.χ. το πέσιμο από σκάλες, από παράθυρα ή μπαλκόνια). Αν και τα χρόνια της προσχολικής περιόδου οι γονείς των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα κατακλύζονται από άγχος, τα προβλήματα γίνονται σοβαρότερα όταν τα παιδιά ξεκινούν το σχολείο και ξαφνικά καλούνται να παραμείνουν καθισμένα στην καρέκλα τους για περισσότερη ώρα, να ολοκληρώσουν μόνα τους κάποιο έργο που τους έχει ζητηθεί και να διαπραγματευθούν με τους συνομηλίκους τους στη σχολική αυλή.(22) Επομένως, αν και τα προβλήματα που σχετίζονται με την ελλειμματική προσοχή συνήθως έπονται της υπερκινητικότητας, ωστόσο, είναι πιθανό να είναι παρόντα και νωρίτερα, αλλά να μην αναφέρονται πριν το παιδί ξεκινήσει το σχολείο, γιατί μόνο τότε αρχίζουν να τίθενται οι ανάλογες απαιτήσεις για συγκέντρωση και εστίαση της προσοχής.(47)

Για αρκετά χρόνια επικρατούσε η αντίληψη ότι η συμπτωματολογία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα εξαφανιζόταν απλά στην εφηβεία, ίσως γιατί η υπερκινητικότητα μειωνόταν κατά τη διάρκεια των χρόνων αυτών. (22; 46) Ωστόσο, αυτή η αντίληψη έχει αμφισβητηθεί κυρίως μέσα από τα αποτελέσματα μακρόχρονων ερευνών που ολοκληρώθηκαν μέσα στη δεκαετία του 1980.(10, 22, 31, 59, 81) Οι έρευνες δείχνουν ότι ένα ποσοστό 50-70% των παιδιών που παρουσίασαν τη διαταραχή συνεχίζουν να εκδηλώνουν έντονα συμπτώματα και στην περίοδο της εφηβείας.(4: 46) Σε μια άλλη έρευνα, περισσότερο από 70% των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα

συνέχιζαν να πληρούν τα κριτήρια για τη διάγνωση της διαταραχής ακόμα και στην εφηβεία.(10, 22) Μπορεί, λοιπόν, κατά τη διάρκεια της εφηβείας να αμβλύνονται τα συμπτώματα υπερκινητικότητας, έτσι όπως αυτά εκδηλώνονταν στην παιδική ηλικία, αλλά αντικαθίστανται από τα προβλήματα συμπεριφοράς, τα οποία αποκτούν πλέον κεντρικό ρόλο. Οι περισσότεροι έφηβοι, που στην παιδική ηλικία είχαν διαγνωστεί με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, εμφανίζουν παραπτωματική συμπεριφορά, έχουν χαμηλή αυτοεκτίμηση και η αποδοχή τους από το στενότερο και ευρύτερο κοινωνικό σύνολο είναι μάλλον χαμηλή.(89) Στους εφήβους αυτούς παρατηρείται έντονα η παρορμητικότητα, η διάσπαση προσοχής και η κινητική ανησυχία, ενώ παράλληλα οι ακαδημαϊκές τους επιδόσεις είναι κακές και οι κοινωνικές τους δεξιότητες ελλιπείς.(89, 22) Μάλιστα, είναι πιθανότερο για έναν έφηβο με ιστορικό Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα να διακόψει τη φοίτησή του στο γυμνάσιο ή στο λύκειο, σε σύγκριση πάντα με τους συνομηλικούς του που δεν εμφάνισαν τη διαταραχή αυτή στην παιδική ηλικία.(22)

Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει έναν κατάλογο με συμπεριφορές που εκδηλώνουν συχνότερα οι έφηβοι με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα σε σύγκριση με τους εφήβους που δεν εμφανίζουν τη διαταραχή.(22)

<b>ΕΠΙΚΡΑΤΗΣΗ ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΩΝ ΣΕ ΕΦΗΒΟΥΣ ΜΕ ΔΕΠ/Υ ΚΑΙ ΕΦΗΒΟΥΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΕΜΦΑΝΙΖΟΥΝ ΤΗ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗ (10, 22)</b>		
<b>ΣΥΜΠΤΩΜΑ</b>	<b>ΕΦΗΒΟΙ ΜΕ ΔΕΠ/Υ %</b>	<b>ΕΦΗΒΟΙ ΧΩΡΙΣ ΔΕΠ/Υ %</b>
Πειράγματα	73.2	10.6
Δυσκολία στο να παραμείνει καθισμένος/η	60.2	3.0
Αποσπάται εύκολα (τι;;;)	82.1	15.2
Δυσκολία στο να περιμένει τη σειρά του/της	48.0	4.5
Απαντά γρήγορα και χωρίς σκέψη	65.0	10.6
Δυσκολία στο να ακολουθήσει οδηγίες	83.7	12.1
Δυσκολία στο να διατηρήσει εστιασμένη την προσοχή του/της	79.7	16.7
Μεταπηδά από το ένα μισοτελειωμένο έργο στο επόμενο	77.2	16.7
Δυσκολία στο να παίξει ήσυχα	39.8	7.6
Ακατάπαυστη ομιλία	43.9	6.1
Διακόπτει τους άλλους	65.9	10.6

Δεν φαίνεται να μπορεί να ακούσει	<b>80.5</b>	<b>15.2</b>
Χάνει αντικείμενα απαραίτητα για την εκτέλεση ενός έργου	<b>62.6</b>	<b>12.1</b>
Επιδίδεται σε δραστηριότητες επικίνδυνες για τη σωματική του ακεραιότητα	<b>37.4</b>	<b>3.0</b>

Είναι αρκετά τα δεδομένα ερευνών που υποστηρίζουν ότι μια ομάδα υπερκινητικών παιδιών εκδηλώνει, κατά την διάρκεια της εφηβείας, υψηλότερα ποσοστά παραβατικής συμπεριφοράς και χρήσης τοξικών ουσιών, και τα προβλήματα αυτά επιμένουν και στην ενήλικη ζωή.(26, 47) Οι οικογένειες αυτών των παιδιών τείνουν να είναι λιγότερο σταθερές, να έχουν υψηλότερα ποσοστά διαζυγίων και να μετακομίζουν συχνά.(47) Οι δυσκολίες που βιώνουν αυτοί οι έφηβοι, και αργότερα ως ενήλικες, περιλαμβάνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις και δυσκολίες στο να έχουν μια σταθερή απασχόληση´ επίσης, αναφέρονται και στοιχεία όπως αυξημένος αριθμός επιθέσεων και ένοπλων ληστειών, αλλά μόνο σε ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων.(38, 47) Τα άτομα που κατά την παιδική ηλικία εμφάνιζαν τόσο συμπτωματολογία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα όσο και της Διαταραχής Διαγωγής υπεραντιπροσωπεύονται σε αυτήν την ομάδα.(47) Υπάρχει, όμως, και ένα μεγάλο ποσοστό των πασχόντων από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα που στην ενήλικη ζωή είναι άτομα εργαζόμενα και οικονομικά ανεξάρτητα. Ωστόσο, όπως προκύπτει από τις έρευνες, ακόμα και αυτή η ομάδα των πασχόντων βρίσκεται συνήθως στα κατώτερα κοινωνικοοικονομικά στρώματα και πολύ συχνότερα από το αναμενόμενο προβαίνουν σε αλλαγή του αντικειμένου της επαγγελματικής τους ενασχόλησης.(22) Αυτό μπορεί να οφείλεται στο ότι οι ενήλικες με ιστορικό Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα συνεχίζουν να εμφανίζουν μερικά από τα συμπτώματα της διαταραχής. (22; 46) Οι έρευνες δείχνουν ότι 2-4% των ενηλίκων παρουσιάζουν συμπτώματα της διαταραχής αυτής´(21, 46) άλλωστε η διάσπαση προσοχής είναι μια διάγνωση που συνήθως εξακολουθεί να τίθεται και στην ενήλικη ζωή του ατόμου.(89) Παρόλα αυτά οι περισσότεροι από αυτούς μαθαίνουν να προσαρμόζονται στην παρουσία των συμπτωμάτων, πιθανότατα με το να βρίσκουν μια θέση για τους εαυτούς τους μέσα στην αγορά εργασίας.(22)



Τέλος, στατιστικά, υπάρχουν ενδείξεις σημαντικής σχέσης του Αλκοολισμού και των Διαταραχών Προσωπικότητας των ενηλίκων με ιστορικό υπερκινητικότητας. (89)

#### ▪ **Αιτιοπαθογένεια**

Η αναζήτηση της αιτίας της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα περιπλέκεται, εξαιτίας της ετερογένειας της κλινικής εικόνας των παιδιών που έχουν λάβει τη διάγνωση της διαταραχής αυτής. Κάθε παράγοντας που φαίνεται να σχετίζεται με κάποιο τρόπο με την εκδήλωση του συνδρόμου μπορεί, τελικά, να συνδεθεί μόνο με ένα μικρό αριθμό των ατόμων που φέρουν τη διάγνωση της διαταραχής.(22) Συνεπώς, δεν μπορούμε να μιλάμε για μια και μοναδική αιτία, που μπορεί να ευθύνεται για την εκδήλωση του συγκεκριμένου συνδρόμου, αλλά μάλλον θα ήταν συνετό να θεωρούμε ότι μια ομάδα αιτιολογικών παραγόντων και ο μεταξύ τους συνδυασμός συμβάλλει στην αξιοσημείωτη ποικιλομορφία, που παρατηρείται στην έκφραση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα.(89)

#### **Γενετικοί παράγοντες**

Οι έρευνες, που έχουν διεξαχθεί με δίδυμους και υιοθετημένα παιδιά, υποδεικνύουν ότι υπάρχει κάποιος τρόπος κληρονομικής μετάδοσης, αν όχι του συνδρόμου, τουλάχιστον της προδιάθεσης για την ανάπτυξή του.(89, 22)

Οι μελέτες διδύμων, όσον αφορά τα επίπεδα κινητικότητας, δείχνουν ότι υπάρχει μεγαλύτερη συμφωνία μεταξύ των μονοζυγωτικών διδύμων σε σύγκριση με τα διζυγωτικά.(89) Σε μια μελέτη 238 διδύμων, οι Goodman & Stevenson (1989) βρήκαν συμφωνία για κλινικά διαγνωσμένη υπερκινητικότητα στο 51% των μονοζυγωτικών διδύμων και στο 33% των διζυγωτικών διδύμων.(22, 32)

Επιπρόσθετα, οι βιολογικοί γονείς των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα αντιμετώπιζαν συγγενή προβλήματα στην παιδική τους ηλικία.(89) Η πλειονότητα των δεδομένων ερευνών υποδεικνύει, επίσης, ότι οι βιολογικοί συγγενείς των παιδιών αυτών είναι ένας πληθυσμός υψηλού κινδύνου για τη διάγνωση Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα. Τα δεδομένα αυτά στηρίζουν την άποψη ότι η μετάδοση της διαταραχής μέσα

στην οικογένεια μπορεί να οφείλεται, έστω και μερικώς, σε γενετικούς παράγοντες.(47)

Τι ακριβώς είναι αυτό που κληρονομείται δε μας είναι γνωστό, αλλά πρόσφατες μελέτες προτείνουν ότι πρόκειται για κάποιες διαφοροποιήσεις στη λειτουργία του εγκεφάλου.(22) Ο μεταβολισμός του εγκεφάλου ήταν χαμηλότερος από τον φυσιολογικό σε έφηβες, που είχαν εκδηλώσει τη διαταραχή, αλλά όχι σε αγόρια εφήβους (22, 25), αν και αυτό μπορεί να οφειλόταν στη μεγαλύτερη σοβαρότητα της διαταραχής στις νεαρές εφήβους (καθώς αυτές επιλέχθηκαν από έναν οργανισμό εξειδικευμένο στην αντιμετώπιση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα). Σε μια άλλη σημαντική δεκαετή μελέτη, οι Castellanos et al. (1996) συνέκριναν τις μαγνητικές τομογραφίες (MRI) αγοριών, που έπασχαν από τη διαταραχή, και αγοριών της ομάδας ελέγχου και βρήκαν ότι τα αγόρια με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα είχαν μικρότερο προσθεγκέφαλο. Δεδομένα έρχονται και από άλλες έρευνες, οι οποίες δείχνουν ότι τα παιδιά, που έχουν λάβει τη διάγνωση της διαταραχής αυτής, έχουν χαμηλότερη επίδοση σε τεστ νευροψυχολογίας που αξιολογούν τη λειτουργία του προσθεγκεφάλου, όπως η παρεμπόδιση αντίδρασης.(18, 22) Τέτοιου είδους δεδομένα στηρίζουν τη θεωρία που θέλει μια βασική ανεπάρκεια, σε αυτό το τμήμα του εγκεφάλου, να συνδέεται με τη διαταραχή. (7, 20, 22, 36)

Οι σύγχρονοι προβληματισμοί έχουν στραφεί στις νευροχημικές διαταραχές, καθώς οι πρόσφατες έρευνες έχουν ακυρώσει την υπόθεση που είχε διατυπωθεί ότι στα παιδιά αυτά σημειώνεται μεμονωμένη ανεπάρκεια κάποιου νευροδιαβιβαστή. Έχουν ήδη περιγραφεί διαταραχές στο μεταβολισμό της ντοπαμίνης σε υπερκινητικά παιδιά, ενώ τα αποτελέσματα μελετών για το μεταβολισμό της σεροτονίνης είναι συγκεχυμένα.(89)

Άλλα στοιχεία που προκύπτουν από το ιστορικό των παιδιών που διαγιγνώσκονται με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα σχετίζονται με τη βρεφική ηλικία. Τα παιδιά αυτά, κατά την διάρκεια των πρώτων μηνών της ζωής τους, ήταν υπερβολικά ανήσυχα, έκλαιγαν διαρκώς, είχαν κολικούς και παρουσίαζαν τόσο προβλήματα στον ύπνο όσο και στο φαγητό. Ένα ακόμα στοιχείο, που φαίνεται να διαδραματίζει

κάποιο ρόλο στην ανάπτυξη του συνδρόμου, είναι η ιδιοσυγκρασία του παιδιού.(89)

### **Περιβαλλοντικές τοξίνες**

Μια από τις δημοφιλέστερες θεωρίες για την ανάπτυξη της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα έχει εμπλέξει το ρόλο των περιβαλλοντικών τοξινών και των χημικών συστατικών των τροφών στην εκδήλωση της υπερκινητικότητας.(22; 89) Η βιοχημική θεωρία της υπερκινητικότητας, η οποία προωθήθηκε από τον Feingold (1973), προσέλυσε το ενδιαφέρον του κοινού και του τύπου για πολλά χρόνια. Ο Feingold ισχυρίστηκε ότι τα πρόσθετα των τροφών επιδρούν στο Κεντρικό Νευρικό Σύστημα (ΚΝΣ) των υπερκινητικών παιδιών.(22, 27, 89) Μάλιστα είχε προτείνει και μια ειδική δίαιτα, η οποία δε θα έπρεπε να περιλαμβάνει καθόλου τροφές με πρόσθετα και συντηρητικά. Φαίνεται, όμως, ότι μόνο ένα μικρό ποσοστό περιπτώσεων υπερκινητικότητας μπορεί να οφείλεται σε ευαισθησία στα πρόσθετα των τροφών.(22) Οι έρευνες, που έθεσαν σε εφαρμογή την πρόταση του Feingold για μια διατροφή απαλλαγμένη από πρόσθετα και γενικά τοξικές ουσίες, ανέφεραν ότι πολύ μικρός αριθμός παιδιών ανταποκρίθηκε θετικά στη δίαιτα αυτή και ότι τα αποτελέσματά της δεν ήταν τα αναμενόμενα.(22, 33, 89) Αναφορές έχουν γίνει ακόμα και για το ρόλο των τεχνητών χρωστικών ουσιών, αλλά, επίσης, χωρίς να υπάρχουν επαρκείς αποδείξεις από τις έρευνες που έχουν διεξαχθεί. (89)

Παρόμοιες απόψεις είχαν διατυπωθεί και για την επεξεργασμένη ζάχαρη (22, 73, 89), αλλά χωρίς οι απόψεις αυτές, που ήθελαν την ζάχαρη να προκαλεί Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, να επιβεβαιωθούν ποτέ από αξιόπιστες και έγκυρες μελέτες.(22, 34, 87)

Πολύς λόγος έχει γίνει και για τη δηλητηρίαση από μόλυβδο και για το πώς αυτή μπορεί να συνδέεται, σε μικρό βαθμό, με την εκδήλωση συμπτωματολογίας υπερκινητικότητας και διάσπασης προσοχής.(22, 78) Οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί σε αυτόν τον τομέα δίνουν αυξημένα επίπεδα μολύβδου στο αίμα των παιδιών, που έχει διαγνωσθεί ότι πάσχουν από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα.(22)

Ένα άλλο στοιχείο, που προκύπτει από τις έρευνες τις σχετικές με την αιτιοπαθογένεια της διαταραχής αυτής, αφορά τη νικοτίνη και ειδικότερα το κάπνισμα της μητέρας κατά την περίοδο της κύησης. Οι ερευνητές

διατυπώνουν την άποψη ότι πρόκειται για μια περιβαλλοντική τοξίνη η οποία διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα. Οι Milberger et al. (1996) ανέφεραν ότι 22% των μητέρων παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα δήλωναν ότι κάπνιζαν, κατά την διάρκεια της κύησης, περίπου ένα πακέτο τσιγάρα. Το αντίστοιχο ποσοστό για την ομάδα ελέγχου ήταν 8%.(22, 61) Επιπροσθέτως, πειράματα που έχουν γίνει σε ζώα δείχνουν ότι η χρόνια έκθεση στη νικοτίνη αυξάνει την απελευθέρωση ντοπαμίνης στον εγκέφαλο και προκαλεί υπερκινητικότητα.(22, 28, 45) Με βάση αυτά τα δεδομένα, ο Milberger και οι συνεργάτες του υπέθεσαν ότι το κάπνισμα κατά την διάρκεια της κύησης μπορεί να επηρεάσει το ντοπαμινεργικό σύστημα του αναπτυσσόμενου εμβρύου και να οδηγήσει σε απώλεια ελέγχου της συμπεριφοράς και κατ' επέκταση στην εκδήλωση Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα. (22)

### **Ψυχολογικοί παράγοντες**

Σε ότι αφορά τους ψυχολογικούς παράγοντες, οι θεωρητικοί εστιάζουν την προσοχή τους σε πιθανές πρώιμες συναισθηματικές στερήσεις και στην γονεϊκή ανεπάρκεια. Οι θεωρητικοί περιγράφουν τις μητέρες των παιδιών που εκδηλώνουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα ως μη διαθέσιμες για να καλύψουν τις ανάγκες του παιδιού τους, και αυτό έχει ως συνέπεια το παιδί, μέσα από την εκδήλωση της υπερκινητικής συμπτωματολογίας, να αποσκοπεί στο να προσελκύσει την προσοχή των γονέων του.(89) Ο ψυχαναλυτής παιδιών Bruno Bettelheim (1973) διατύπωσε τη θεωρία προδιάθεση-στρες προτείνοντας ότι η υπερκινητικότητα αναπτύσσεται όταν η προδιάθεση για την ανάπτυξη της διαταραχής συνδυάζεται με ένα αυταρχικό τύπο διαπαιδαγώγησης από την πλευρά των γονέων.(12) Αν ένα παιδί με προδιάθεση προς την ανάπτυξη υπερκινητικότητας και ασταθούς διάθεσης διακατέχεται από στρες, που το προκαλεί μια μητέρα που δε δείχνει υπομονή και πολύ γρήγορα αγανακτεί με τη συμπεριφορά του και το απορρίπτει, τότε το παιδί δε θα είναι ικανό να αντέξει τις απαιτήσεις της μητέρας για υπακοή. Καθώς η μητέρα θα γίνεται ολοένα και πιο αρνητική και απορριπτική απέναντι στο παιδί, η σχέση μητέρας-παιδιού θα καταλήγει να είναι μια πραγματική μάχη.(22)

Η σχέση γονέα – παιδιού είναι αμφίδρομη. Με τον ίδιο τρόπο που οι γονείς των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα τείνουν να τα διατάζουν περισσότερο και να έχουν κατά βάση αρνητική αλληλεπίδραση μαζί τους, έτσι και τα πάσχοντα παιδιά, όπως προκύπτει από τις έρευνες, είναι λιγότερο υπάκουα και περισσότερο αρνητικά στην αλληλεπίδρασή τους με τους γονείς τους.(11, 22, 76) Και οι δύο γονείς των παιδιών αυτών, σύμφωνα με τους θεωρητικούς, δε φαίνονται να επιδεικνύουν μια σταθερότητα στη στάση τους απέναντι στο παιδί´ άλλες φορές μπορεί να είναι ιδιαίτερα αυστηροί και ελεγκτικοί και άλλες φορές εξαιρετικά παθητικοί και ανίκανοι να θέσουν όρια στη διαταρακτική συμπεριφορά του παιδιού τους.(89) Ωστόσο, σε περιπτώσεις, που το πάσχον παιδί ακολουθεί φαρμακοθεραπεία με διεγερτικά, η οποία μειώνει τις εκδηλώσεις υπερκινητικότητας και αυξάνει την υπακοή και τη συμμόρφωση στις υποδείξεις, φαίνεται ότι μειώνονται και οι προσταγές των γονέων και περιορίζεται στο ελάχιστο η αρνητική τους στάση απέναντι στο παιδί.(4, 22) Τα δεδομένα τέτοιων ερευνών στηρίζουν την άποψη ότι η συμπεριφορά του παιδιού είναι αυτή που, τουλάχιστον εν μέρει, επηρεάζει και διαμορφώνει τη συμπεριφορά των γονέων και όχι το αντίστροφο.(22)

Με την εγκατάσταση ενοχλητικών και αντιδραστικών συμπεριφορών, το παιδί θα συναντήσει σημαντικές δυσκολίες και σε άλλα πλαίσια, εκτός της οικογένειας, όπως το σχολείο´ δε θα μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις του σχολικού περιβάλλοντος και η συμπεριφορά του, πολλές φορές, θα έρχεται σε αντίθεση με τους κανόνες του σχολείου γενικότερα και της σχολικής τάξης ειδικότερα.(22)

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση ερμηνεύει τις θορυβώδεις εκδηλώσεις υπερκινητικότητας του παιδιού ως μανιακού τύπου άμυνες ενάντια στο καταθλιπτικό συναίσθημά του. Μέσα από τις ψυχοθεραπείες προκύπτουν στοιχεία που ενισχύουν την άποψη ότι στα παιδιά αυτά υπάρχει ένας μόνιμος καταθλιπτικός πυρήνας, γύρω από τον οποίο περιστρέφονται και σοβαρές συναισθηματικές ελλείψεις.(89)

Η συμπεριφοριστική προσέγγιση προτείνει ότι και η μάθηση διαδραματίζει κάποιο ρόλο στην εγκατάσταση των υπερκινητικών συμπεριφορών. Η υπερκινητικότητα, ως μοντέλο συμπεριφοράς, μπορεί να ενισχύεται από την προσοχή που προσελκύει όταν εκδηλώνεται και έτσι να

αυξάνει τόσο σε συχνότητα όσο και σε ένταση.(22) Όπως το διατυπώνουν οι Ross & Ross (1982), η υπερκινητικότητα μπορεί να υιοθετηθεί σαν συμπεριφορά από τα παιδιά μέσω του μιμητισμού μοντέλων, τα οποία την εκδηλώνουν όπως οι γονείς, τα αδέρφια ή οι συνομήλικοι.(22, 71)

#### ▪ **Θεραπευτικές παρεμβάσεις και αποτελεσματικότητα**

Η θεραπευτική παρέμβαση για τα παιδιά που πάσχουν από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα είναι απαραίτητη γιατί οι συνέπειες της ύπαρξης της νόσου μπορεί να είναι πολύ σοβαρές για τη μετέπειτα ζωή του ατόμου, αν το πρόβλημα δεν αντιμετωπιστεί. Τα παιδιά που πάσχουν από αυτή τη διαταραχή τείνουν να έχουν πολύ χαμηλή αυτοεκτίμηση, φτωχές κοινωνικές δεξιότητες, να αποτυγχάνουν στο σχολείο, να αντιμετωπίζουν σοβαρά προβλήματα στην εργασιακή τους απασχόληση ως ενήλικες, ενώ στις πιο σοβαρές συνέπειες εντάσσεται η μεγάλη πιθανότητα εκδήλωσης αντικοινωνικών και εγκληματικών συμπεριφορών, τόσο στη νεαρή ενήλικη όσο και στη μετέπειτα ζωή τους.(46)

Ο θεραπευτικός σχεδιασμός για τα περισσότερα παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα θα πρέπει να περιλαμβάνει ένα συνδυασμό ψυχοφαρμακολογικών και ψυχοθεραπευτικών παρεμβάσεων (47), ενώ σημαντικό είναι η παρέμβαση να είναι εξατομικευμένη, δηλαδή να προσαρμόζεται και να ανταποκρίνεται στις κατά περίπτωση ανάγκες του παιδιού και της οικογένειάς του.(46) Η θεραπευτική προσέγγιση θα πρέπει να στοχεύει τόσο στο ίδιο το παιδί όσο και στο περιβάλλον του (οικογένεια, σχολείο κ.α.).(89) Συνεπώς, αναφερόμαστε σε μια πολυπαραγοντική θεραπευτική προσέγγιση, η οποία μπορεί να περιλαμβάνει:

- φαρμακοθεραπεία
- ψυχοθεραπεία ψυχοδυναμικού τύπου
- συμβουλευτική γονέων
- ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα
- συμπεριφοριστικές στρατηγικές
- γνωσιακές – συμπεριφοριστικές στρατηγικές.(46)

Η κατηγορία των θεραπευτικών παρεμβάσεων, που δεν έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικές, περιλαμβάνει:

- ειδικές δίαιτες

- χορήγηση υψηλών δόσεων βιταμινών και συμπληρωμάτων διατροφής
- φαρμακευτικές αγωγές για προβλήματα συντονισμού και ισορροπίας
- φαρμακευτική αγωγή για μύκητα Candida
- εκπαίδευση στην οφθαλμική κίνηση.(46)

Αμφίβολης αποτελεσματικότητας θεωρείται και η μέθοδος της βιοανάδρασης, καθώς από τη μια πλευρά οι έρευνες που έχουν διεξαχθεί δίνουν θετικά αποτελέσματα, από την άλλη πλευρά, όμως, η μεθοδολογία των ερευνών τίθεται υπό αμφισβήτηση. Ερωτηματικά έχουν διατυπωθεί για την επάρκεια του μεγέθους του δείγματος που χρησιμοποιήθηκε στις έρευνες, για την εγκυρότητα της διάγνωσης των συμμετεχόντων καθώς και για την καταλληλότητα των ομάδων ελέγχου. Με τόσα ερωτηματικά γύρω από τη μεθοδολογία των ερευνών, εύλογο είναι να συνιστάται στους ειδικούς επιφυλακτικότητα ως προς την αποτελεσματικότητα της μεθόδου της βιοανάδρασης, καθώς αυτή δεν έχει στηριχθεί από αξιόπιστες έρευνες.(21, 46)

### **Ειδικά εκπαιδευτικά προγράμματα**

Για τα παιδιά που πάσχουν από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα το θέμα της εκπαίδευσης είναι κεντρικό. Η καταλληλότητα του εκπαιδευτικού πλαισίου είναι καθοριστικής σημασίας για την πορεία και εξέλιξη της διαταραχής.(89) Αν και τα περισσότερα παιδιά μπορούν να παρακολουθήσουν το εκπαιδευτικό πρόγραμμα επιτυχώς χωρίς να χρειαστούν παρά μόνο κάποιες μικρές προσαρμογές (21, 46), είναι πιθανό κάποια από τα πάσχοντα παιδιά να χρειάζονται ειδική αγωγή. Για να συζητείται, όμως, η πιθανότητα σχολικής επιτυχίας ενός τέτοιου παιδιού ίσως να χρειαστεί μια ποικιλία προσαρμογών της σχολικής τάξης και η εφαρμογή συμπεριφοριστικών παρεμβάσεων.(46) Υποστηρίζεται ότι ένα εκπαιδευτικό πλαίσιο, το οποίο θα έχει σταθερότητα, θα είναι σωστά δομημένο, αλλά και αρκετά ευέλικτο ώστε να μπορεί να εφαρμόσει ατομικές προσεγγίσεις για το κάθε παιδί, μπορεί να συμβάλλει τα μέγιστα στον περιορισμό των συμπτωμάτων της διαταραχής και κατά συνέπεια στην αποφυγή του ενδεχόμενου της σχολικής αποτυχίας.(89)

### **Συμβουλευτική γονέων**

Η συμβουλευτική των γονέων έχει ως στόχο, αρχικά, να ενημερώσει τους γονείς για τη φύση του προβλήματος που αντιμετωπίζει το παιδί τους.

Στη συνέχεια, είναι σημαντικό να βοηθηθούν ώστε να αναπτύξουν δεξιότητες και να ανακαλύψουν τρόπους, που θα τους βοηθήσουν να αντεπεξέλθουν στα προβλήματα της καθημερινότητας, που προκύπτουν όταν το παιδί πάσχει από μια τέτοια διαταραχή.(89)

- Σύστημα Ενδιάμεσων Συμβούλων

Η συμπεριφοριστική προσέγγιση προτείνει ότι μέσα από τη συμβουλευτική των γονέων (ή/και των εκπαιδευτικών) μπορεί ο θεραπευτής να τους εκπαιδεύσει σε κάποιες βασικές συμπεριφοριστικές μεθόδους παρέμβασης, τις οποίες στη συνέχεια αυτοί θα εφαρμόσουν στα παιδιά τους. (46) Τέτοιου είδους προγράμματα εκπαίδευσης έχουν εφαρμοστεί (6, 46, 68) και φαίνεται να έχουν κάποια θετικά αποτελέσματα.(46) Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της εφαρμογής τέτοιων προγραμμάτων δυσχεραίνεται από το γεγονός ότι δεν μπορούμε ποτέ να γνωρίζουμε με ακρίβεια το βαθμό της συνέπειας και της σταθερότητας που επιδεικνύουν οι γονείς (ή/και οι εκπαιδευτικοί) στην εφαρμογή των τεχνικών, στις οποίες έχουν εκπαιδευτεί. Επιπρόσθετα, οι γονείς (ή/και οι εκπαιδευτικοί) δεν μπορούν να είναι αντικειμενικοί, όταν αξιολογούν τα αποτελέσματα της προσπάθειάς τους να εφαρμόσουν αυτές τις συμπεριφοριστικές τεχνικές.(14, 46) Κάποιοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι τέτοιου είδους προγράμματα γονεϊκής εκπαίδευσης, όσο βοηθητικά και αν είναι, δεν ξεπερνούν σε αποτελεσματικότητα τη φαρμακοθεραπεία με υψηλές δόσεις διεγερτικών.(41, 46)

Η αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων εξαρτάται από πολλούς παράγοντες που μπορεί να εμπλέκονται και να επηρεάζουν την εφαρμογή τους, όπως για παράδειγμα η κατάθλιψη και η κοινωνική απομόνωση της μητέρας, η ασυμφωνία των δύο γονέων κ.α. Σε αυτές τις περιπτώσεις, οι παράγοντες αυτοί αλληλεπιδρούν με το πώς αντιλαμβάνονται οι γονείς το πρόβλημα που αντιμετωπίζει το παιδί τους και με την εφαρμογή των τεχνικών και των στρατηγικών στις οποίες εκπαιδεύτηκαν από τον θεραπευτή. Το αποτέλεσμα της συμπλοκής όλων αυτών των παραγόντων είναι η εφαρμογή των μεθόδων χωρίς την απαιτούμενη συνέπεια και σταθερότητα, οι οποίες θα εξασφάλιζαν την αποτελεσματικότητά τους.(6, 46) Ένας άλλος παράγοντας, που εμπλέκεται στην αποτελεσματικότητα της εφαρμογής τέτοιων προγραμμάτων γονεϊκής εκπαίδευσης, είναι η ηλικία του παιδιού στο οποίο πρόκειται να γίνει η παρέμβαση. Τέτοιου είδους



παρεμβάσεις μπορεί να είναι αποτελεσματικές όταν το παιδί βρίσκεται στην προσχολική ηλικία ή στην παιδική ηλικία (στο Δημοτικό), αλλά όχι στις περιπτώσεις που ο πάσχων είναι έφηβος.(46) Σε αυτές τις περιπτώσεις, έχουν αποδειχθεί περισσότερο βοηθητικές οικογενειακές μέθοδοι που εστιάζουν στις στρατηγικές επίλυσης προβλημάτων και εκπαίδευσης στις κοινωνικές δεξιότητες.(14, 46)

### **Συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις**

Οι συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις μπορούν να αποτελέσουν ένα πολύ σημαντικό κομμάτι ενός πολυπαραγοντικού θεραπευτικού σχεδιασμού για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορεί να στοχεύουν στην εγκατάσταση μια συνεπούς και σταθερής συμπεριφοράς, στον ορισμό κανόνων και ορίων, στη χρήση της θετικής ενίσχυσης, στην ανάπτυξη δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων και στη βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων.(46)

Οι διαφορετικοί τύποι των συμπεριφοριστικών προσεγγίσεων στη θεραπεία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα έχουν εστιάσει στη συμπεριφορά-στόχο και στους τρόπους με τους οποίους μπορεί να αυξηθεί ή να μειωθεί η συχνότητα εμφάνισής της. Έτσι, οι συμπεριφοριστικές προσεγγίσεις επικεντρώνονται στα γεγονότα που προηγούνται της συμπεριφοράς, δηλαδή στα εκλυτικά ερεθίσματα, και στα γεγονότα που έπονται και ενδεχομένως ενισχύουν ή μειώνουν την επανεμφάνισή της. Για τα παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, η συμπεριφορά-στόχος μπορεί να είναι μια επιθυμητή συμπεριφορά, στην οποία το παιδί παρουσιάζει ελλείψεις (όπως για παράδειγμα ο ανεπαρκής έλεγχος των παρορμήσεων) και την οποία θα θέλαμε να ενισχύσουμε. Θα μπορούσε, όμως, η συμπεριφορά-στόχος σε αυτά τα παιδιά να είναι και μια ανεπιθύμητη συμπεριφορά, την οποία το παιδί εκδηλώνει σε υπερβολικό βαθμό (όπως για παράδειγμα υπερκινητικότητα, ανυπακοή σε κανόνες και υποδείξεις ενηλίκων) και την οποία θα θέλαμε να αποθαρρύνουμε.(41, 46) Έχει ειπωθεί ότι το πυρηνικό πρόβλημα της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα είναι η απουσία κανόνων που να διέπουν την συμπεριφορά ή, διαφορετικά, η τάση της συμπεριφοράς να καθορίζεται μάλλον από τις άμεσες συνέπειές της παρά από ένα σύστημα αρχών που να την διέπουν.(6, 46) Συνεπώς, θα μπορούσε

κανείς να υποθέσει πως, στο βαθμό που κάτι τέτοιο ισχύει, είναι εφικτό τροποποιώντας τις συνέπειες της συμπεριφοράς-στόχου να παρέμβουμε, βελτιώνοντας έτσι τη συμπτωματολογία του παιδιού που πάσχει από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα.(46)

- Τροποποίηση της συμπεριφοράς: Αρνητική Ενίσχυση – Θετική Ενίσχυση – Τιμωρία

Οι μέθοδοι τροποποίησης της συμπεριφοράς έχουν αποδειχθεί ιδιαίτερα αποτελεσματικές και μάλιστα τα δεδομένα κάποιων ερευνών στηρίζουν την άποψη ότι μπορεί να είναι αποτελεσματικότερες από τη φαρμακοθεραπεία με διεγερτικά.(29, 46) Είναι σημαντικό, όταν εφαρμόζονται αυτές οι μέθοδοι στα παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, η ανατροφοδότηση για τις συνέπειες της συμπεριφοράς τους να είναι συχνή, οι αμοιβές να είναι ενδιαφέρουσες και ελκυστικές για το παιδί (46) και οι ενισχυτές να διαφοροποιούνται ώστε να διατηρείται αμείωτο το ενδιαφέρον του παιδιού.(46, 51) Ο θεραπευτικός σχεδιασμός είναι προτιμότερο να εφαρμόζει την ενίσχυση της επιθυμητής συμπεριφοράς παρά την τιμωρία της ανεπιθύμητης συμπεριφοράς. (14, 46) Σε ότι αφορά την απαιτούμενη συγκέντρωση της προσοχής, το παιδί μπορεί να αναλαμβάνει καθήκοντα σταδιακά αυξανόμενου βαθμού δυσκολίας και να επιβραβεύεται για την εκδήλωση της επιθυμητής συμπεριφοράς ενώ η ακατάλληλη συμπεριφορά να αγνοείται.(89) Για παράδειγμα, παρακολουθείται η συμπεριφορά των παιδιών μέσα σε διαφορετικά πλαίσια (π.χ. σχολείο, σπίτι) και ενισχύονται οι επιθυμητές συμπεριφορές, όπως το να παραμένουν στις θέσεις τους και να εργάζονται για την ολοκλήρωση ενός έργου που τους έχει ανατεθεί. Σε τέτοιου είδους προγράμματα συχνά εφαρμόζεται το σύστημα ανταλλάξιμων αμοιβών, στο οποίο χρησιμοποιείται, για παράδειγμα, ένας πίνακας στον οποίο κολλάει ο εκπαιδευτικός αυτοκόλλητα αστέρια για κάθε εκδήλωση επιθυμητής συμπεριφοράς. Ένας δεδομένος και προκαθορισμένος αριθμός τέτοιων αστεριών, στο τέλος του μήνα, μπορεί να «ανταλλαχθεί» με μια ευχάριστη δραστηριότητα που έχει εκ των προτέρων επιλέξει το παιδί και εγκρίνει ο εκπαιδευτικός του.(22)

Συνήθως, σε τέτοιου είδους προγράμματα εστιάζουμε στη βελτίωση της σχολικής επίδοσης, στην ενίσχυση της ικανότητας να εστιάζει την προσοχή του το παιδί σε μια δραστηριότητα και να την ολοκληρώνει και στην εκμάθηση

και βελτίωση των κοινωνικών δεξιοτήτων, ενώ η συμπτωματολογία της υπερκινητικότητας δεν αποτελεί κεντρικό σημείο του θεραπευτικού προγράμματος.(22, 65) Και αυτό συμβαίνει γιατί οι θεραπευτές που σχεδίασαν αυτά τα προγράμματα παρέμβασης για τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα δεν αντιλαμβάνονταν την υπερκινητικότητα σαν μια διαταραγμένη συμπεριφορά, αλλά μάλλον σαν μια συμπεριφορά που εκδηλώνει το παιδί προκειμένου να μη γίνουν αντιληπτές οι σοβαρές του ανεπάρκειες σε άλλες δεξιότητες.(22)

Αν και τα παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα ανταποκρίνονται θετικά σε αυτού του είδους τα προγράμματα, η ιδανική θεραπεία για αυτή τη διαταραχή μάλλον απαιτεί τη χρήση της φαρμακοθεραπείας με διεγερτικά παράλληλα με την εφαρμογή της συμπεριφοριστικής θεραπείας.(5, 22, 30, 66) Ωστόσο, οι μέθοδοι αυτές έχουν να επιδείξουν, έστω και βραχυπρόθεσμα, οφέλη στην αύξηση του χρόνου ενασχόλησης με ένα έργο, στη συνολική συμπεριφορά και στη σχολική παραγωγικότητα και επίδοση.(6, 22, 41, 46)

Η εφαρμογή αυτών των μεθόδων έχει και κάποια σημαντικά μειονεκτήματα. Το σημαντικότερο από αυτά είναι ότι τα οφέλη από την εφαρμογή τους είναι, όπως προαναφέρθηκε, βραχυπρόθεσμα. (22, 41, 46) Ένας ακόμα περιορισμός των μεθόδων αυτών αφορά το γεγονός ότι η βελτίωση, που σημειώνεται στο πλαίσιο που εφαρμόζονται οι συμπεριφοριστικές αυτές τεχνικές, δεν επεκτείνεται σε άλλα πλαίσια, δε γενικεύεται, παρά μόνο αν η γενίκευση έχει τεθεί σαν ένας από τους στόχους του προγράμματος εξαρχής.(6, 46) Μια σημαντική δυσκολία τέτοιων συμπεριφοριστικών προγραμμάτων είναι ότι η εφαρμογή τους προϋποθέτει ένα αυστηρά ελεγχόμενο περιβάλλον (π.χ. σχολική τάξη), και τα πράγματα δυσκολεύουν πολύ όταν αποφασίσουμε να τα εφαρμόσουμε σε περιβάλλοντα λιγότερο ελεγχόμενα (π.χ. οικογένεια).(46) Αν και θεωρητικά τα προγράμματα αυτά θα μπορούσαν να εφαρμοστούν τόσο στη σχολική τάξη όσο και στο σπίτι (89), φαίνεται ότι ιδανικότερο πλαίσιο εφαρμογής είναι η σχολική τάξη. Τα άτομα, που θα αναλάβουν να εφαρμόσουν το πρόγραμμα και να κάνουν τις παρεμβάσεις, θα πρέπει να καταβάλλουν ιδιαίτερη προσπάθεια ώστε να είναι συνεπείς και σταθεροί στην παροχή αμοιβών, την εφαρμογή τιμωρίας ή

την αγνόηση των συμπεριφορών-στόχων, έτσι όπως αυτές έχουν οριστεί από το πρόγραμμα παρέμβασης.(41, 46)

- Εκλυτικά Ερεθίσματα

Η τροποποίηση των ερεθισμάτων ή των παραγόντων, που προηγούνται της συμπεριφοράς-στόχου, είναι μια συμπεριφοριστική τεχνική, η οποία δεν έχει προσελκύσει ιδιαίτερα το ενδιαφέρον των ερευνητών. Ωστόσο, από την εφαρμογή της έχουν αναφερθεί κάποια θετικά αποτελέσματα: μείωση συμπτωμάτων, όπως η απροσεξία και η εμπλοκή σε δραστηριότητες άσχετες με το εκάστοτε ανατιθέμενο έργο. Τα θετικά αυτά αποτελέσματα έχουν παρατηρηθεί στις περιπτώσεις που υπάρχει μεγαλύτερη ποικιλία στα έργα που ανατίθενται στο παιδί, αυξάνεται ο βαθμός της επιτρεπόμενης ενεργής αντίδρασης του παιδιού, μειώνεται η πολυπλοκότητα του καθήκοντος και ο απαιτούμενος χρόνος εκτέλεσης του έργου. Έχει παρατηρηθεί ότι, όταν τίθενται πιο συγκεκριμένα χρονικά όρια για την ολοκλήρωση ενός έργου και διατυπώνονται σχετικά σχόλια από τον εκπαιδευτικό προς το παιδί και από το παιδί προς τον εαυτό του, βελτιώνεται η παραγωγικότητα του παιδιού που πάσχει από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα.(46)

- Εκπαίδευση στον Αυτοέλεγχο

Όταν αναφερόμαστε σε προγράμματα εκπαίδευσης στον αυτοέλεγχο, ουσιαστικά εννοούμε την εκπαίδευση σε διαδικασίες αυτοπαρατήρησης, αυτοαξιολόγησης και αυτοενίσχυσης. Τα προγράμματα αυτά, σε ότι αφορά τη θεωρητική τους βάση, τοποθετούνται στον ενδιάμεσο χώρο μεταξύ των παραδοσιακών συμπεριφοριστικών μεθόδων και των γνωσιακών προσεγγίσεων στη θεραπεία των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα.(46) Η αποτελεσματικότητα της εφαρμογής των μεθόδων αυτών σε παιδιά, που πάσχουν από αυτήν τη διαταραχή, στηρίζεται στην ιδέα ότι η αυτοπαρατήρηση κατά τη διάρκεια μιας δραστηριότητας (π.χ. εκτέλεση της σχολικής εργασίας) μπορεί από μόνη της να βοηθά στην εστίαση της προσοχής του παιδιού στην εκτέλεση του έργου αυτού και κατά συνέπεια να αυξάνει την πιθανότητα να ολοκληρώσει το παιδί τη δραστηριότητα.(35, 46) Συνεπώς, οι μέθοδοι αυτές αποδεικνύονται ιδιαίτερα βοηθητικές όχι μόνο στη βελτίωση της προσοχής κατά την εκτέλεση ενός έργου, αλλά και στην ακαδημαϊκή παραγωγικότητα και την κοινωνική

συμπεριφορά των παιδιών με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα. Το βασικό πλεονέκτημα των μεθόδων αυτών είναι η ενεργή εμπλοκή του ίδιου του παιδιού στην παρατήρηση και αξιολόγηση της επιδεικνυόμενης συμπεριφοράς του. Η αποτελεσματικότητα των μεθόδων αυτών οφείλεται για πολλούς στο ότι το παιδί καλείται να χρησιμοποιήσει αυτορυθμιζόμενες διαδικασίες, κάτι στο οποίο το παιδί, που πάσχει από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, υστερεί. Επιπρόσθετα, ο χρόνος που απαιτείται να αφιερώσουν οι γονείς (ή/και οι εκπαιδευτικοί) είναι πολύ πιο περιορισμένος από ότι απαιτείται σε άλλες μεθόδους παρέμβασης.(46) Σύμφωνα με τα δεδομένα ερευνών, όταν τα προγράμματα εκπαίδευσης στο συμπεριφοριστικό αυτοέλεγχο συνδυαστούν με φαρμακοθεραπεία, τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικά.(19, 42, 46) Επίσης, θετικά είναι τα αποτελέσματα του συνδυασμού αυτών των προγραμμάτων με τεχνικές ενίσχυσης και προγράμματα γονεϊκής εκπαίδευσης. (14, 46)

#### **Γνωσιακές – συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις**

Οι θεραπευτικές παρεμβάσεις που στηρίζονται στη γνωσιακή θεωρία στοχεύουν στο να βοηθήσουν το παιδί να αναπτύξει δικούς του τρόπους επίλυσης προβλημάτων και να αποκτήσει αυτοέλεγχο.(89) Χρησιμοποιούνται για αυτό το σκοπό τεχνικές εκπαίδευσης στην αυτοκαθοδήγηση, την βελτίωση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων, την επανεκπαίδευση στους αιτιοπροσδιορισμούς καθώς και τεχνικές αντιμετώπισης του άγχους.(14, 46)

##### **- Αυτοκαθοδήγηση**

Η εκπαίδευση στην αυτοκαθοδήγηση συνήθως περιλαμβάνει την εκμάθηση της χρήσης του αυτοκαθοδηγούμενου λόγου, ο οποίος χρησιμοποιείται σαν ένα επιπρόσθετο βοηθητικό μέσο στην επίλυση προβλημάτων κοινωνικής αλληλεπίδρασης.(46)

##### **- Δεξιότητες Επίλυσης Προβλημάτων**

Η βελτίωση των δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων επιτυγχάνεται μέσα από την εκπαίδευση του παιδιού στο να μάθει να εντοπίζει την ύπαρξη ενός προβλήματος, να προτείνει ποικίλες εναλλακτικές λύσεις, να αναγνωρίζει τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των διαφορετικών εναλλακτικών λύσεων, να επιλέγει και να εφαρμόζει μια εναλλακτική λύση και να αξιολογεί το αποτέλεσμα της εφαρμογής της λύσης αυτής.(46)

- Επανεκπαίδευση στους Αιτιοπροσδιορισμούς

Η μέθοδος αυτή στοχεύει στο να βοηθήσει το παιδί να επανεξετάσει τον τρόπο που εξηγεί τα γεγονότα και τις καταστάσεις γύρω του, τις εξηγήσεις που δίνει για τα αποτελέσματα των προσπαθειών του, και μέσα από αυτή τη διαδικασία, να το βοηθήσει να αναπτύξει και να υιοθετήσει ένα πιο λειτουργικό σύστημα πεποιθήσεων, όσων αφορά την αξία των προσπαθειών του και τις δυνατότητές του. (46)

- Αντιμετώπιση του Άγχους

Ο πρώτος στόχος των διαδικασιών ενδυνάμωσης έναντι του άγχους είναι να εκπαιδευτεί το παιδί, ώστε να μπορεί να αναγνωρίζει τις ενδείξεις της ύπαρξης άγχους ή άλλων έντονων συναισθημάτων στρες. Στη συνέχεια, το παιδί εκπαιδεύεται στο να αναπτύξει μια ευρεία γκάμα διαφορετικών δεξιοτήτων αντιμετώπισης του άγχους, μέσω αγχογόνων-στρεσογόνων καταστάσεων. Ιδιαίτερη σημασία δίνεται στην εξάσκηση του παιδιού στην εφαρμογή αυτών των μεθόδων αντιμετώπισης του άγχους, και για αυτό χρησιμοποιούνται αυξανόμενης έντασης αγχογόνα ερεθίσματα. (14, 46)

Οι γνωσιακές-συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις έχουν αποδειχθεί βοηθητικές και αποτελεσματικές στις περιπτώσεις παιδιών που εμφανίζουν ελαφριές μέχρι και μέτριες διαταραχές συμπεριφοράς (46, 48), παιδιών που έχουν μαθησιακά προβλήματα (46, 88), παιδιών και εφήβων με προβλήματα αυτοελέγχου (46, 48, 49, 50) και παιδιών και εφήβων με προβλήματα διαγωγής (46, 54). Φαίνεται ότι ειδικά για τους εφήβους, η εφαρμογή των μεθόδων αυτών βοηθά στο να βελτιώσουν την αυτοεκτίμησή τους. (89) Στα παιδιά, όμως, που πάσχουν από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, η αποτελεσματικότητα των μεθόδων αυτών δεν είναι δεδομένη, αλλά φαίνεται να εξαρτάται και από άλλους παράγοντες.(46) Για παράδειγμα, τα δεδομένα των ερευνών δείχνουν ότι, όταν οι μέθοδοι αυτές εμπλέκουν τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς στη θεραπευτική παρέμβαση και παράλληλα χρησιμοποιούνται και κλασικές συμπεριφοριστικές μέθοδοι, τα αποτελέσματα είναι θετικά.(23, 43, 46, 52) Η βελτίωση, όμως, που σημειώνεται χαρακτηρίζεται μικρότερη από την αναμενόμενη ή πολύ περιορισμένη καθώς δε γενικεύεται σε όλους τους προβληματικούς τομείς (γνωσιακούς, σχολική επίδοση, γενικότερη συμπεριφορά).(46) Επιπρόσθετα, σύμφωνα με τα δεδομένα ερευνών, η αποτελεσματικότητα των μεθόδων

αυτών δεν ξεπερνά την αποτελεσματικότητα των κλασικών συμπεριφοριστικών μεθόδων, των μεθόδων αυτοελέγχου και της φαρμακοθεραπείας, όταν αυτές οι μέθοδοι χρησιμοποιούνται μεμονωμένα.(2, 46) Ωστόσο, ο συνδυασμός των γνωσιακών-συμπεριφοριστικών μεθόδων με τη φαρμακοθεραπεία αποδεικνύεται αποτελεσματικός. (46)

Η περιορισμένη αποτελεσματικότητα των γνωσιακών-συμπεριφοριστικών προγραμμάτων και η αδυναμία τους να προωθήσουν αλλαγές στο παιδί, οι οποίες να γενικεύονται και σε άλλα πλαίσια, πέρα από αυτό στο οποίο προωθούνται, μπορεί να οφείλεται σε διάφορους και διαφορετικούς παράγοντες. Ένας λόγος μπορεί να είναι ότι οι παρεμβάσεις αυτές είναι πολύ σύντομες, με αποτέλεσμα να μην παρέχεται στο παιδί ο απαραίτητος χρόνος για να εμπεδώσει τις δεξιότητες που έχει διδαχθεί και να εξασκηθεί επαρκώς στην εφαρμογή τους. Ένα πιθανό ενδεχόμενο είναι οι μελέτες, που αξιολογούν την αποτελεσματικότητα αυτών των μεθόδων, να μην εστιάζουν στα σημεία εκείνα που αποτελούν το αντικείμενο της γνωσιακής-συμπεριφοριστικής θεραπευτικής παρέμβασης.(46) Η αλήθεια είναι, όμως, ότι αυτά τα προγράμματα δε δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην επιδίωξη της διατήρησης των αποτελεσμάτων και δεν ασχολούνται συχνά με την αξιολόγησή της.(1, 46) Είναι σημαντικό για τους ειδικούς, που υιοθετούν αυτή την προσέγγιση στη θεραπεία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, να δίνουν ιδιαίτερη προσοχή στα συστήματα (συναισθηματικά και οικογενειακά) που αναπτύσσονται κατά την διάρκεια χρόνιων κοινωνικών αλληλεπιδράσεων.(46, 58) Υπάρχει ανάγκη οι μέθοδοι αυτές να είναι εξατομικευμένες, ώστε να μπορούν να ανταποκριθούν στις ιδιαίτερες ανάγκες του κάθε παιδιού και της οικογένειάς του και να στοχεύουν στο να εφοδιάσουν το παιδί με ποικίλες στρατηγικές αντιμετώπισης προβλημάτων.(46, 84) Καθ' όλη την πορεία της θεραπευτικής παρέμβασης δε θα πρέπει οι ειδικοί να ξεχνούν ότι η συμβουλευτική και η εκπαίδευση των γονέων και των εκπαιδευτικών είναι καθοριστικής σημασίας για τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Οι γονείς θα πρέπει να εκπαιδευτούν και να εξασκηθούν στο να μάθουν να διαχωρίζουν ποιες είναι οι καταστάσεις, που καλούν για την εφαρμογή στρατηγικών επίλυσης προβλημάτων, και ποιες είναι οι καταστάσεις εκείνες που απαιτούν την υιοθέτηση άλλων τακτικών-μορφών αντίδρασης. Κάτι ανάλογο ισχύει και για τους εκπαιδευτικούς, οι οποίοι,

επίσης, θα πρέπει να εκπαιδευτούν σωστά ώστε να υιοθετήσουν έναν περισσότερο καθοδηγητικό ρόλο, να κατευθύνουν τα παιδιά και να τα ενισχύουν στη χρήση των κατάλληλων για κάθε περίπτωση δεξιοτήτων επίλυσης προβλημάτων μέσα στο σχολικό περιβάλλον. Επίσης, είναι σημαντικό οι ειδικοί να εστιάσουν τόσο στους γονείς όσο και στους εκπαιδευτικούς και να αποκαλύψουν πιθανές συμπεριφορές, στάσεις ή αιτιοπροσδιορισμούς που θα μπορούσαν να αποτελέσουν στόχο παρέμβασης. Είναι πιθανό, για παράδειγμα, οι γονείς ή/και οι εκπαιδευτικοί να ερμηνεύουν τα γεγονότα, τις συμπεριφορές των παιδιών ή ακόμα και τις δικές τους, με τρόπο εσφαλμένο και δυσλειτουργικό, και σε αυτές τις περιπτώσεις είναι σημαντικό οι ειδικοί να μπορούν να το αναγνωρίσουν και να παρέμβουν ανάλογα.(46) Ούτως ή άλλως, και οι γονείς αλλά και οι εκπαιδευτικοί θα χρειαστούν την στήριξη του ειδικού για να επιτύχουν τις απαιτούμενες αλλαγές, πρωτίστως στην δική τους συμπεριφορά και στη συνέχεια στη συμπεριφορά των παιδιών τους, αλλά και τις αλλαγές που επιβάλλεται να συμβούν και αφορούν τη μεταξύ τους αλληλεπίδραση.(14, 46)

### **Ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία**

Η ψυχοδυναμική προσέγγιση στη θεραπεία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα στηρίζεται στην άποψη ότι οι μανιακές εκδηλώσεις υπερκινητικότητας στην ουσία εκδηλώνονται από το παιδί στην προσπάθειά του να καλύψει τα βαθύτερα καταθλιπτικά συναισθήματά του. Κατά συνέπεια η ψυχοδυναμική ψυχοθεραπεία στοχεύει στην επεξεργασία αυτής της βαθύτερης καταθλιπτικόμορφης διάθεσης. Το παιδί μέσα από τη θεραπευτική σχέση αναβιώνει την σχέση με τους γονείς του με έναν επανορθωτικό τρόπο, καθώς μέσα στη σχέση με το θεραπευτή αισθάνεται την αποδοχή και σταδιακά αποκτά την ικανότητα να αναγνωρίζει και να εξωτερικεύει τα αρνητικά του συναισθήματα. (89)

### **Φαρμακοθεραπεία**

Η φαρμακοθεραπεία προτείνεται στις πολύ σοβαρές περιπτώσεις Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα αλλά και στις περιπτώσεις που έχουν εφαρμοστεί διάφορες ψυχολογικές θεραπείες χωρίς αποτέλεσμα. Τα φάρμακα που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς στη θεραπεία αυτής της διαταραχής περιλαμβάνουν τα διεγερτικά (μεθυλφαινιδάτη και αμφεταμίνη), τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, νευροληπτικά, το λίθιο και τα



αντιεπιληπτικά.(89) Ειδικότερα, ορισμένα αντικαταθλιπτικά και αντιυπερτασικά θεωρείται ότι συμβάλλουν στην μείωση των εκδηλώσεων παρορμητικότητας, υπερκινητικότητας και επιθετικότητας. (46)

Από αυτά, η μεθυλφαινιδάτη θεωρείται το φάρμακο εκλογής.(89) Τα διεγερτικά φάρμακα γενικότερα, και ειδικότερα η μεθυλφαινιδάτη (Ritalin), συνταγογραφούνται σε παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα από τις αρχές της δεκαετίας του 1960.(22, 74) Η μεθυλφαινιδάτη χορηγείται 2 φορές την ημέρα σε δόσεις προοδευτικά αυξανόμενες μέχρι του 1mg την ημέρα. Η χορήγηση του φαρμάκου θα πρέπει να διακόπτεται κατά τη διάρκεια του Σαββατοκύριακού και των διακοπών. Αυτό βοηθά στο να αναπληρώνεται η ήπια προσωρινή καταστολή της ανάπτυξης που σημειώνεται κατά τη διάρκεια της χορήγησης του φαρμάκου.(89) Συχνά, διακόπτεται η χορήγηση του φαρμάκου για μερικές εβδομάδες κατά τη διάρκεια του σχολικού έτους και αυτό δίνει την ευκαιρία στον ειδικό να αξιολογήσει τα επίπεδα της βελτίωσης, που ενδεχομένως έχει σημειωθεί.(89) Η συνταγογράφηση τέτοιων φαρμάκων συνεχίζεται κάποιες φορές και κατά τη διάρκεια της εφηβείας ή ακόμα και στην ενήλικη ζωή του ατόμου, από τη στιγμή που τα δεδομένα στηρίζουν την άποψη ότι η συμπτωματολογία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, πολλές φορές, δεν εξαφανίζεται με το πέρασμα του χρόνου.(22)

Η φαρμακοθεραπεία με διεγερτικά έχει και κάποιες παρενέργειες.(22) Στις κυριότερες ανεπιθύμητες ενέργειες έχουν αναφερθεί η αύπνία και η προσωρινή απώλεια όρεξης.(89; 22) Ωστόσο, προτείνεται η αποφυγή της χορήγησης του φαρμάκου κατά τη διάρκεια του πρωινού ή μεσημεριανού γεύματος, προκειμένου να μειωθούν οι παρενέργειες αυτές. Σπανιότερα έχουν αναφερθεί ανεπιθύμητες ενέργειες όπως δυσφορία, ναυτία, ζάλη και κεφαλαλγίες. Επίσης, έχει αναφερθεί και η έκλυση τικς σε παιδιά με ιστορικό του συνδρόμου Gilles de la Tourette και σε αυτές τις περιπτώσεις θα πρέπει να διακοπεί η φαρμακευτική αγωγή με μεθυλφαινιδάτη.(89)

Μια νέα επικίνδυνη συνέπεια της συνταγογράφησης διεγερτικών χαπιών έχει προκύψει τελευταία: αναφέρεται ότι σημαντικός αριθμός παιδιών χρησιμοποιεί το Ritalin, όπως και άλλα διεγερτικά χάπια, ως ναρκωτικές ουσίες και συνήθως αποκτούν πρόσβαση σε αυτά επειδή τα αδέρφια ή

κάποιος φίλος τους, που πάσχει από Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, ακολουθεί αυτή τη φαρμακοθεραπεία με διεγερτικά.(22, 53) Η ύπαρξη ανεπιθύμητων ενεργειών στη χορήγηση της μεθυλφαινιδάτης αποτελεί έναν επιπρόσθετο λόγο στους ειδικούς για να είναι εξαιρετικά προσεκτικοί όταν τη συνταγογραφούν και όταν εκτιμούν την περίπτωση ενός παιδιού. Η σύμφωνη γνώμη των γονέων και η επικοινωνία μαζί τους, βοηθά τον ειδικό να παρακολουθεί στενά την εξέλιξη της πορείας της θεραπείας.(89)

Ένα ποσοστό, που κυμαίνεται από 70 έως 80% των παιδιών, που έχουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, αντιδρούν θετικά στη χορήγηση ψυχοδιεγερτικών φαρμάκων.(46) Μέσα από τις έρευνες προκύπτει ότι η χορήγηση διεγερτικών φαρμάκων για ένα διάστημα μερικών μηνών έως και ενός έτους μπορεί να συμβάλει τα μέγιστα στη βελτίωση της προσοχής και τη μείωση της υπερκινητικότητας και της παρορμητικότητας.(89; 22) Σύμφωνα με τα αποτελέσματα σχετικών ερευνών (63), τα παιδιά, που παίρνουν φαρμακευτική αγωγή με ή χωρίς το συνδυασμό ψυχολογικής θεραπείας, σημειώνουν σημαντική βελτίωση στη γενικότερη εικόνα της συμπεριφοράς τους, στη σχολική τους επίδοση, αλλά και στις σχέσεις με τους συνομηλίκους και την οικογένειά τους.(46) Φαίνεται πως η διεγερτική επίδραση αυτών των φαρμάκων ηρεμεί τα παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα.(22) Σε μια έρευνα φάνηκε ότι 6% των παιδιών προσχολικής ηλικίας και 25% των παιδιών που φοιτούσαν σε ειδικά σχολεία ακολουθούσαν φαρμακοθεραπεία με διεγερτικά φάρμακα.(22, 72) Πιο συγκεκριμένα, σε ότι αφορά την αποτελεσματικότητα της μεθυλφαινιδάτης (Ritalin), πολλές μελέτες (σχεδιασμού double-blind), που συνέκριναν τα διεγερτικά με placebo, έδειξαν δραματική βραχυπρόθεσμη βελτίωση στη συγκέντρωση, σε στοχοκατευθυνόμενες δραστηριότητες, στη συμπεριφορά μέσα στη τάξη και παράλληλη μείωση της επιθετικότητας και της παρορμητικότητας σε παιδιά με Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα.(22, 40, 80) Μια έρευνα απέδειξε ότι η μεθυλφαινιδάτη (Ritalin) βοήθησε παιδιά, που έπασχαν από την εν λόγω διαταραχή, να βελτιώσουν την επίδοσή τους σε ομαδικά παιχνίδια όπως το softball, και πιο συγκεκριμένα την ικανότητά τους να παίρνουν τη σωστή θέση μέσα στο γήπεδο και να παρακολουθούν το σκορ του παιχνιδιού, ενώ την ίδια

στιγμή παιδιά στα οποία δόθηκε placebo πολύ συχνά πετούσαν ή κλοτσούσαν τα γάντια τους, τη στιγμή που το παιχνίδι συνεχιζόταν.(22,67)  
Ωστόσο, οι έρευνες δείχνουν ότι τέτοιου είδους φάρμακα μπορεί να μην επιφέρουν βελτίωση στη σχολική επίδοση, μέσα στη μακρά και δύσκολη πορεία της εκπαιδευτικής διαδικασίας.(22, 85)

### **Βιβλιογραφία**

1. Abikoff, H. (1985). Efficacy of cognitive training interventions in hyperactive children: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 5, 479-512. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
2. Abikoff, H. & Gittelman, R. (1985). Hyperactive children treated with stimulants: Is cognitive training a useful adjunct? *Archives of General Psychiatry*, 42, 953-961. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
3. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> Ed.). Washington, D.C.: author
4. Barkley, R.A. (1990). Attention Deficit Disorder. NY: Guilford. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
5. Barkley, R.A. (1990). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford
6. Barkley R.A. (1989) Attention Deficit – Hyperactivity Disorder. Στο E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds). Treatment of Childhood Disorders (pp. 39-72). New York: Guilford. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
7. Barkley, R.A. (1997). Behavioural inhibition, sustained attention and executive function: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94
8. Barkley, R.A. (1998). Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A handbook for diagnosis and treatment. New York: Guilford Press In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
9. Barkley, R.A., Crodzinsky, G. & DuPaul, G.J. (1992). Frontal lobe functions in attention deficit disorder with and without hyperactivity: A review and research report. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 163-188
10. Barkley, R.A., DuPaul, G.J. & McMurray, M.B. (1990). A comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without

- hyperactivity defined by research criteria. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 775-789
11. Barkley, R.A., Karlsson, J. & Pollard, S. (1985). Effects of age on the mother-child interactions of hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 631-638
  12. Bettelheim, B. (1973). Bringing up children. *Ladies Home Journal*, 90, 28
  13. Biederman, J., Newcorn, J. & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct depressive and other disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 564-577
  14. Braswell, L. & Bloomquist, M.L. (1991). Cognitive-Behavioural Therapy with ADHD Children. *Child, Family and School Interventions*. The Guilford Press. New York: London In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
  15. Breen, M.J. (1989). Cognitive and behavioural differences in ADHD boys and girls. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 711-716
  16. Cadoret, R.J. & Stewart, M.A. (1991). An adoption study of attention deficit/aggression and their relationship to adult antisocial personality. *Archives of General Psychiatry*, 47, 73-82
  17. Campbell, S.B. (1990). Behavioural problems in preschoolers: Clinical and developmental issues. New York: Guilford. In Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). *Abnormal Psychology*. USA: John Wiley & Sons Inc
  18. Castellanos, F.X., Giedd, J.N., Marsh, W.L., Hamburger, S.D., Vaituzis, A.C., Dickstein, D.P., Sarfatti, S.E., Vauss, Y.C., Snell, J.W., Lange, N., Kaysen, D., Krain, A.L., Ritchie, G.F., Rajapaske, J.C. & Rapport, J.L. (1996). Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53, 607-616
  19. Chase, S.N. & Clement, P.W. (1985). Effects of self-reinforcement and stimulants on academic performance in children with attention deficit disorder. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
  20. Chelune, G.J., Ferguson, W., Koon, R. & Dickey, T.O. (1986). Frontal lobe disinhibition in attention deficit disorder. *Child Psychiatry and Human Development*, 16, 264-281
  21. Children and Adults with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (CHADD) (2003). The Disorder Named AD/HD-CHADD Fact Sheet No 1, No 6. Retrieved on 7/4/2003 from <http://www.chadd.org>. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
  22. Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). *Abnormal Psychology*. USA: John Wiley & Sons Inc

23. Douglas, V.I., Parry, P., Marton, P. & Garson, C. (1976). Assessment of a cognitive training program for hyperactive children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 4, 389-410. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
24. DuPaul, G.J. (1991). Parent and teacher ratings of ADHD symptoms: Psychometric properties in a community-based sample. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 245-253
25. Ernst, M., Liebenauer, L.L., King, A.C., Fitzgerald, G.A., Cohen, R.M. & Zametkin, A.J. (1994). Reduced brain metabolism in hyperactive girls. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 858-868
26. Farrington, D.P. (1990). Long-term criminal outcomes of hyperactivity-impulsivity-attention deficit (HIA) and conduct problems in childhood
27. Feingold, B.F. (1973). Introduction to clinical allergy. Springfield IL: Charles C. Thomas
28. Fung & Lau (1989). In Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). *Abnormal Psychology*. USA: John Wiley & Sons Inc
29. Gadow, K.D. (1985). Relative Efficacy of Pharmacological, Behavioural, and Combination Treatments for enhancing academic performance. *Clinical Psychology Review*, 5, 513-533. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
30. Gittelman, R., Abikoff, H., Pollack, E., Klein, D., Katz, F. & Mattes, J. (1980). A controlled trial of behaviour modification and methylphenidate in hyperactive children. In Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). *Abnormal Psychology*. USA: John Wiley & Sons Inc
31. Gittelman, R., Mannuzza, S., Shnker, R. & Bonagura, N. (1985). Hyperactive boys almost grown up. *Archives of General Psychiatry*, 42, 937-947
32. Goodman, R. & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity: 2. The aetiological role of genes, family relationships and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 691-709
33. Goyette, C.H. & Conners, C.K. (1977). Food additives and hyperkinesis. Paper presented at the 85<sup>th</sup> Annual Convention of the American Psychological Association
34. Gross, M.D. (1984). Effects of sucrose on hyperkinetic children. *Pediatrics*, 74, 876-878
35. Harris, K. (1986). Self-monitoring of attentional behaviour versus self-monitoring of productivity: Effects on-task behaviour and academic response rate among learning disabled children. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 19, 417-423. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας

36. Heilman, K.M., Voeller, K.K. & Nadeau, S.E. (1991). A possible pathophysiologic substrate of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology*, 6, S76-S81
37. Herbert, M. (1998). Ψυχολογικά προβλήματα παιδικής ηλικίας. Επόπτης ελληνικής έκδοσης: Ιωάννης Παρασκευόπουλος. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
38. Hetchman, L., Weiss, G., Perlman, T. et al. (1981). Hyperactives as young adults: Various clinical outcomes. *Adolescence Psychiatry*, 9, 295-306
39. Hinshaw, S.P. (1987). On the distinction between attentional deficits/hyperactivity and conduct problems/aggression in child psychopathology. *Psychological Bulletin*, 101, 443-463
40. Hinshaw, S.P. (1991). Stimulant medication and the treatment of aggression in children with attentional deficits. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20, 301-312
41. Hinshaw S.P. & Erhardt, D. (1990). Behavioural Treatment of Attention Deficit – Hyperactivity Disorder. Στο V.B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Handbook of Behaviour Therapy and Pharmacotherapy for Children: An integrative approach*. New York: Plenum. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
42. Hinshaw, S.P., Henker, B. & Whalen, C.K. (1984b). Self-control in hyperactive boys in anger-inducing situations: Effects of cognitive – behavioural training and of methylphenidate. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 12, 55-57. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
43. Horn, W.F., Ialongo, N., Popovich, S. & Peradotto, D. (1987). Behavioural parent training and cognitive-behavioural self-control therapy with ADHD children: Comparative and combined effects. *Journal of Clinical Child Psychology*, 15, 57-68. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
44. Horn, W.F., Wagner, A.E. & Ialongo, N. (1989). Sex differences in school-aged children with pervasive attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17, 109-125
45. Johns et al. (1982). In Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). *Abnormal Psychology*. USA: John Wiley & Sons Inc
46. Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
47. Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000). “Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials”. USA: W.B. Saunders Company
48. Kendall, P.C. & Braswell, L. (1982b). Cognitive-Behavioural self-control therapy for children: A component analysis. *Journal of*

- Consulting and Clinical Psychology*, 50, 672-689. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
49. Kendall, P.C. & Wilcox, L.E. (1980). A cognitive-behavioural treatment for impulsivity: Concrete versus conceptual training in non-self-controlled children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48, 80-91. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
  50. Kendall, P.C. & Zupan, B.A. (1981). Individual versus group application of cognitive behavioural strategies for developing self-control in children. *Behaviour Therapy*, 12, 344-359. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
  51. Kinshbourne, M. (1984). Beyond attention deficit: Search for the disorder in ADD. Στο L.M. Bloomingdale (Ed.) *Attention Deficit Disorder: Diagnostic, Cognitive and Therapeutic Understanding* (pp. 133-145). New York: Spectrum. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
  52. Kirby, E.A. & Grimley, L.K. (1986). Understanding and treating attention deficit disorder. New York: Pergamon. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
  53. LeLand, J. (1995). A risky Rx for fun. *Newsweek*, p. 74 In Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). *Abnormal Psychology*. USA: John Wiley & Sons Inc
  54. Lochman & Curry (1986). In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
  55. Loeber, R., Green, S.M., Labey, B.B., et al. (1992). Developmental sequences in the age of onset of disruptive child behaviours. *Journal of Child Family Studies*, 1, 21-41
  56. Loney, J., Langborne, J.E., Jr. & Paterite, C.E. (1978). An empirical basis for subgrouping the hyperkinetic-minimal brain dysfunction syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 431-441
  57. Lynam, D.R. (1996). Early identification of chronic offenders: Who is the fledgling psychopath? *Psychological Bulletin*, 120, 209-234
  58. Mahoney, M.J. & Nezworski, M.T. (1985). Cognitive-behavioural approaches to children's problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 467-476. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας

59. Mannuzza, S., Klein, R.G., Bonagura, N., Malloy, P., Giampino, T.L. & Addalli, K.A. (1991). Hyperactive boys almost grown up: 5. Replication of psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 48, 77-83
60. McGee, R., Williams, S. & Silva, P. (1987). A comparison of girls and boys with teacher-identified problems of attention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 711-717
61. Milberger et al. (1996). In Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). *Abnormal Psychology*. USA: John Wiley & Sons Inc
62. Moffitt, T.E. (1990). Juvenile delinquency and attention deficit disorder: Boys' developmental trajectories from age 13 to 15. *Child Development*, 61, 893-910
63. MTA Cooperative Group (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention deficit hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56, 12. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
64. Neuhaus, C. (1998). Το υπερκινητικό παιδί και τα προβλήματά του. Γνωσιακή – συμπεριφοριστική προσέγγιση. Επιμ. Μετάφρασης: Μ. Ζαφειροπούλου. Ελληνικά Γράμματα. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
65. O' Leary, K.D., Pelham, W.E., Rosenbaum, A. & Price, G.H. (1976). Behavioural treatment of hyperkinetic children: An experimental evaluation of its usefulness. *Clinical Pediatrics*, 15, 510-515
66. Pelham, W.E., Carlson, C., Sams, S.E., Vallano, G., Dixon, M.J. & Hoza, B. (1993). Separate and combined effects of methylphenidate and behaviour modification on boys with attention deficit/hyperactivity disorder in the classroom. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 506-515
67. Pelham, W.E., McBurnett, K., Harper, G.W., Milich, R., Murphy, D.A. Clinton, J. & Thiele, C. (1990). Methylphenidate and baseball playing in ADHD children: Who's on first? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 130-133
68. Pelham, W.E., Schnedler, R.W., Bologna, N.C. & Contreras, J.A. (1980). Behavioural and stimulant treatment of hyperactive children: A therapy study with methylphenidate probes in a within-subject design. *Journal of Applied Behavioural Analysis*, 13, 221-236. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
69. Posner, M.I. (1992). Attention as a cognitive and neural system. *Current Directions in Psychological Science*, 1, 11-14
70. Quay, H.C. (1979). Classification. In Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). *Abnormal Psychology*. USA: John Wiley & Sons Inc
71. Ross, D.M. & Ross, S.A. (1982). *Hyperactivity: Research, theory and action*. New York: Wiley



72. Safer, D.J. & Krager, J.M. (1988). A survey of medication treatment for hyperactive/inattentive students. *Journal of the American Medical Association*, 260, 2256-2258
73. Smith, P.B. (1975). Controlled studies of the outcome of sensitivity training. *Psychological Bulletin*, 82, 597-622
74. Sprague, R.L. & Gadoow, K.D. (1976). The role of the teacher in drug treatment. *School Review*, 85, 109-140
75. Szatmari, P., Offord, D.R. & Boyle, M.H. (1989). Ontario child hearth study: Prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 219-230
76. Tallmage, J. & Barkley, R.A. (1983). The interactions of hyperactive and normal boys with their mothers and fathers. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 565-579
77. Taylor, E., Sandberg, S., Throley, G. & Giles, S. (1991). The epidemiology of childhood hyperactivity. Institute of Psychiatry Maudsley Monographs, London, Oxford Press. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
78. Thompson, G.O.B., Raab, G.M., Hepburn, W.S., Hunter, R., Fulton, M. & Laxen, D.P.H. (1989). Blood-lead levels and children's behaviour – Results from the Edinburgh lead study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30, 515-528
79. US Department of Education: Office of Special Education and Rehabilitative Services (1991). Clarification of the Policy to address the needs of children with Attention Deficit Disorder with general and/or special education. Washington D.C.: US DoE. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
80. Weiss, G. (1983). Long-term outcome: Findings, concepts and practical implications. In Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). *Abnormal Psychology*. USA: John Wiley & Sons Inc
81. Weiss, G. & Hechtman, L. (1986). *Hyperactive children grown up*. New York: Guilford
82. Whalen, C.K. (1983). Hyperactivity, learning problems, and the attention deficit disorders. In Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). *Abnormal Psychology*. USA: John Wiley & Sons Inc
83. Whalen, C.K. & Henker, B. (1985). The social worlds of hyperactive (ADHD) children. *Clinical Psychology Review*, 5, 447-478
84. Whalen, C.K. & Henker, B. (1987). Cognitive Behaviour therapy for hyperactive children: What do we know? Στο J. Loney (Ed.) *The Young Hyperactive Child* (pp. 123-141). Birmingham, NY: Haworth. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
85. Whalen, C.K. & Henker, B. (1991). Therapies for hyperactive children: Comparisons, combinations, and compromises. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 126-137

86. Wolraich, M.L., Hannah, J.N., Pinnock, T.Y., Baumgaertel, A.I., & Brown, J. (1996). Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 319-324. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
87. Wolraich, M., Milich, R., Stumbo, P. & Schultz, F. (1985). The effects of sucrose ingestion on the behaviour of hyperactive boys. *Pediatrics*, 106, 675-682
88. Wong, B.Y.L. (1985). Issues in cognitive-behavioural Interventions in academic areas. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 13, 425-442. In Καλαντζή-Αζίζι, Α. (2003). Διδακτικές σημειώσεις- Μάθημα: Γνωσιακές / Συμπεριφοριστικές Προσεγγίσεις στην Ψυχοθεραπεία. Αθήνα: Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών-Τομέας Ψυχολογίας
89. Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συνεργάτες (2004). «Ψυχιατρική». Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις

## Διαταραχές της Διαγωγής

### ▪ Εισαγωγή

Ο όρος «Διαταραχές της Διαγωγής» συμπεριλαμβάνει μια μεγάλη γκάμα ανεξέλεγκτων συμπεριφορών. Το DSM IV εστιάζει σε συμπεριφορές που παραβιάζουν τα βασικά δικαιώματα των άλλων και τους σημαντικότερους κοινωνικούς κανόνες. Σχεδόν όλες αυτές οι συμπεριφορές είναι ταυτόχρονα παράνομες. Η συμπτωματολογία της Διαταραχής της Διαγωγής απαιτεί τέτοια συχνότητα και σοβαρότητα των πράξεων που να ξεπερνά τις αταξίες και τις φάρσες, που είναι κοινές μεταξύ των παιδιών και των εφήβων. Συχνά η συμπεριφορά των παιδιών που εμφανίζουν Διαταραχή της Διαγωγής χαρακτηρίζεται από έλλειψη ενσυναίσθησης, σκληρότητα και απουσία μεταμέλειας, καθιστώντας τη διαταραχή αυτή ένα από τα κριτήρια για τη μετέπειτα διάγνωση Αντικοινωνικής Διαταραχής της Προσωπικότητας.(9) Είναι σημαντικό να σημειώσουμε ότι η αναφορά σε Διαταραχή της Διαγωγής προϋποθέτει το εξεταζόμενο πρότυπο συμπεριφοράς του παιδιού:

- να επαναλαμβάνεται συστηματικά για ένα αρκετά μεγάλο χρονικό διάστημα
- να περιέχει παραβιάσεις των βασικών δικαιωμάτων των άλλων, των κοινωνικών κανόνων και να μην ανταποκρίνεται στις προσδοκίες που διατυπώνονται για την τρέχουσα ηλικία του παιδιού
- να είναι πολύ πιο σοβαρό από τις συνήθεις αταξίες της ηλικίας του.(41)

Αυτή η επισήμανση γίνεται, γιατί πολλά είναι τα παιδιά που κατά την διάρκεια της αναπτυξιακής τους πορείας κάποια στιγμή μπορεί να εμφανίσουν προβληματικές συμπεριφορές, όπως παραπτωματοκότητα, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι πληρούν τα κριτήρια για την διάγνωση της Διαταραχής της Διαγωγής. (41)

Ίσως περισσότερο από κάθε άλλη διαταραχή της παιδικής ηλικίας, η Διαταραχή της Διαγωγής χαρακτηρίζεται από τον αντίκτυπο της συμπεριφοράς του πάσχοντος παιδιού στους ανθρώπους που το περιβάλλουν. Το σχολείο, οι γονείς, οι συνομήλικοι και το ποινικό σύστημα συνήθως καθορίζουν με κάποιο τρόπο ποιες από τις ανεξέλεγκτες συμπεριφορές συνιστούν τις μη αποδεκτές συμπεριφορές της Διαταραχής της Διαγωγής. Παιδιά της προεφηβικής και εφηβικής ηλικίας συχνά

αναγνωρίζονται από τις αρχές ως κακοποιά στοιχεία, ως παραβάτες του νόμου.(9) Οι Διαταραχές της Διαγωγής, μάλιστα, αποτέλεσαν μια από τις κυριότερες αιτίες για τη δημιουργία των πρώτων ιατροπαιδαγωγικών σταθμών στις αρχές της δεκαετίας του '30.(41)

Η «επιθετικότητα» των παιδιών είναι ένα θέμα που έχει απασχολήσει πολύ τους ειδικούς και σε θεωρητικό και σε ερευνητικό επίπεδο. Έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί προβληματισμοί σχετικά με την πιθανή εγγενή προέλευση της επιθετικότητας ή την πιθανή περιβαλλοντική διαμόρφωσή της. Αυτό όμως που πρέπει να κατανοήσουμε είναι ότι, ανεξάρτητα με τη θεωρητική τοποθέτηση των ειδικών σχετικά με την αιτιοπαθογένεια της επιθετικότητας, η ουσία του προβλήματος έγκειται στο να βρεθεί μια λύση για τα παιδιά που παρουσιάζουν επιθετικές συμπεριφορές σε διάφορους τομείς και πλαίσια της ζωής και της δραστηριότητάς τους (οικογένεια, σχολείο, ομάδες συνομηλίκων κ.α.). Θα πρέπει, πέρα από τις δυσκολίες που αντιμετωπίζουν αυτά τα παιδιά στη συναισθηματική και κοινωνική τους εξέλιξη, να βρούμε τρόπους να παρέμβουμε, γιατί διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία του θεσμού του σχολείου, η αρμονική συμβίωση των μελών της οικογένειας, οι κοινωνικά αποδεκτές δραστηριότητες ομάδων συνομηλίκων κ.α. Η απουσία παρεμβάσεων σε αυτά τα παιδιά που πάσχουν από Διαταραχή της Διαγωγής, θα τα οδηγήσει στην υιοθέτηση βίαιων και επιθετικών συμπεριφορών προκειμένου να επιλύσουν τα όποια προβλήματα παρουσιαστούν στη ζωή τους (π.χ. διαφωνίες, διαφορές, οικονομική ανέχεια κ.α.), καθώς δεν θα γνωρίζουν άλλους τρόπους πέρα από την άσκηση βίας για να αντεπεξέλθουν στις προκλήσεις της ζωής. (22)

Οι εκπαιδευτικοί έρχονται σε επαφή με παιδιά που βρίσκονται σε εξαιρετικά κρίσιμες εξελικτικές βαθμίδες και θα πρέπει να είναι ιδιαίτερα ευαίσθητοποιημένοι στα θέματα των διαταραχών αυτών, γιατί η επιθετική συμπεριφορά ενός παιδιού που εμφανίζει Διαταραχή της Διαγωγής μπορεί να γενικευθεί σε μια ολόκληρη ομάδα παιδιών, σε μια σχολική τάξη ή ακόμα και σε ένα ολόκληρο σχολείο και τότε να πρέπει, για να αποφευχθούν τα χειρότερα, να ληφθούν αυστηρά μέτρα, να επιβληθούν τιμωρίες και να υπάρξει ρήξη στη σχέση μαθητών-καθηγητών. Βέβαια, σε αυτές τις προσπάθειες οι εκπαιδευτικοί θα πρέπει να βρίσκουν συμμάχους την οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Είναι γνωστό ότι οι

παρεμβάσεις μόνο μέσα στα πλαίσια του σχολείου, όσο σωστές και αν είναι, δεν είναι αρκετές για να επιφέρουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, όταν η οικογένεια και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο ενισχύει παντοιοτρόπως την επιθετική συμπεριφορά με την προβολή της βίας σε όλες τις μορφές της.(22)

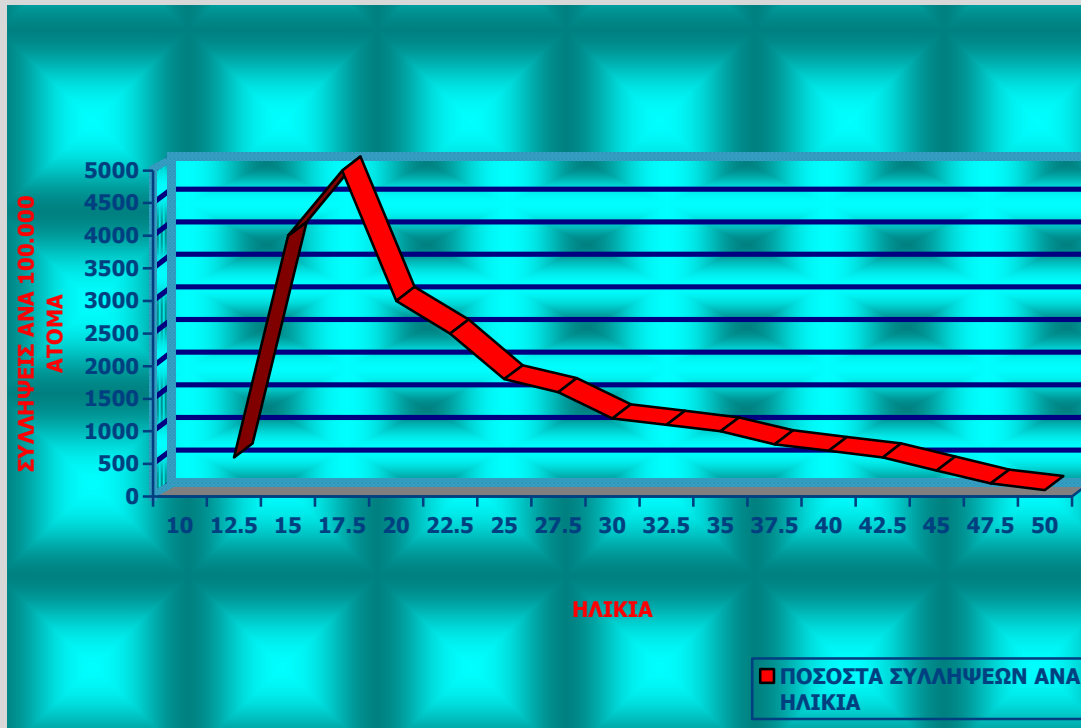
#### ▪ **Επιδημιολογία**

Τα αποτελέσματα των επιδημιολογικών ερευνών δείχνουν ότι η Διαταραχή της Διαγωγής εμφανίζεται συχνά στα παιδιά της παιδικής και εφηβικής ηλικίας.(9) Τα ποσοστά επικράτησης της διαταραχής αυτής έχουν υπολογιστεί ότι είναι περίπου 0.9% σε ό,τι αφορά την παιδική ηλικία και 8.7% σε ό,τι αφορά την εφηβεία.(23) Μια έρευνα σε περισσότερα από 2500 παιδιά στο Ontario του Καναδά, έδειξε ότι 8% των αγοριών και 3% των κοριτσιών ηλικίας 4-16 ετών πληρούσαν τα κριτήρια διάγνωσης της Διαταραχής της Διαγωγής.(9,33)

Αναφορικά με την παιδική ηλικία, τα αγόρια φαίνεται να παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά και μάλιστα τα υψηλότερα αυτά ποσοστά επιμένουν να εμφανίζονται και κατά την διάρκεια της εφηβείας.(23) Πέρα όμως από το ότι η διαταραχή αυτή είναι πιο συχνή στα αγόρια, εμφανίζεται και νωρίτερα σε αυτά από ότι στα κορίτσια. Μια ακόμη διαφορά που έχει παρατηρηθεί ανάμεσα σε αγόρια και κορίτσια που εμφανίζουν την Διαταραχή της Διαγωγής είναι ότι τα συμπτώματα επιθετικότητας είναι πιο συχνά στα αγόρια, ενώ στα κορίτσια είναι πιθανότερο να σημειωθούν συμπτώματα διαταραχής της σεξουαλικής συμπεριφοράς.(41)

Οι δείκτες παραπτωματικότητας είναι μεγαλύτεροι στις μεγαλουπόλεις, αμέσως μετά ακολουθούν οι μικρότερες πόλεις και τελευταίες έρχονται οι αγροτικές περιοχές, οι οποίες παρουσιάζουν και τους χαμηλότερους δείκτες.(41)

Οι κλοπές και τα εγκλήματα βίας, όπως οι βιασμοί και οι επιθέσεις, είναι ως επί το πλείστον τα εγκλήματα στα οποία προβαίνουν οι νεαρής ηλικίας πάσχοντες από τη διαταραχή.(9) Όπως φαίνεται στο ακόλουθο σχεδιάγραμμα, η σύμπτωση και επικράτηση των σοβαρών παραβάσεων του νόμου σημειώνουν την υψηλότερη τιμή τους στην ηλικία των 17 και μειώνονται ραγδαία στη νεαρή ενήλικη ζωή. (31, 9)



Σχεδιάγραμμα: Ποσοστά συλλήψεων για ανθρωποκτονίες, βιασμούς, ληστείες, βίαιες επιθέσεις και κλοπές αυτοκινήτων κατά μήκος της χρονολογικής ηλικίας. (5, 9)

Οι περισσότεροι δράστες εγκλημάτων τέτοιου είδους είναι έφηβοι(9), όμως οι περισσότεροι από αυτούς τους έφηβους παραβάτες έχουν σταματήσει την εγκληματική αυτή δραστηριότητα ως το τέλος του 20<sup>ου</sup> έτους της ηλικίας τους.(4, 9) Σε κάποιο βαθμό, η ίδια πορεία παρατηρείται και στα κορίτσια.(9)

Ωστόσο, αυτά τα στοιχεία προκύπτουν από δεδομένα της αστυνομίας, τα οποία συνήθως δεν συμπεριλαμβάνουν εγκληματικές ενέργειες και παραβατικές συμπεριφορές νεαρότερων ατόμων, που δεν έχουν αγγίξει ακόμα τα όρια της εφηβείας.(9) Στην πραγματικότητα όμως, η αντικοινωνική συμπεριφορά ξεκινά την ανοδική της πορεία από την ηλικία των 7 ετών.(9, 29) Αν και όλες αυτές οι πράξεις δεν χαρακτηρίζονται από τη βιαιότητα, τη σκληρότητα και την απουσία μεταμέλειας που χαρακτηρίζουν τη συμπεριφορά των πασχόντων από Διαταραχή της Διαγωγής, ωστόσο μας βοηθούν να καταδείξουμε το πρόβλημα της αντικοινωνικότητας στα νεαρά παιδιά και τους εφήβους.(9)

### ▪ Κλινική εικόνα

Τα κλινικά χαρακτηριστικά που εμφανίζει το άτομο που πάσχει από Διαταραχή της Διαγωγής συμβαδίζουν με την αναπτυξιακή φάση που διάγει το άτομο. Έτσι, στην προσχολική ηλικία μπορεί να παρατηρηθούν στο πάσχον παιδί εκρήξεις θυμού, επιθετικότητα προς συνομηλίκους του, ανυπακοή, πείσμα, άσκοπη κινητική δραστηριότητα και διάσπαση προσοχής. Τα δύο τελευταία στοιχεία μάλιστα είναι πιθανότερο να παρατηρηθούν όταν συνυπάρχει το Υπερκινητικό Σύνδρομο. Στην παιδική ηλικία, δηλαδή κατά τη διάρκεια της φοίτησης στο Δημοτικό, το πάσχον άτομο μπορεί να παρουσιάσει τα παραπάνω στοιχεία, αλλά και να προστεθούν σε αυτά η λεκτική επιθετικότητα, η κλοπή (ως επί το πλείστον αντικειμένων ή χρημάτων από το σπίτι), οι ψευδολογίες, η ανυπακοή στη σχολική τάξη, η καταστρατήγηση των κανόνων λειτουργίας του σχολείου και η καταστροφική συμπεριφορά, η οποία συνήθως εκδηλώνεται στο σχολείο. Είναι επίσης πιθανό να ενταθούν οι εκδηλώσεις βίαιης συμπεριφοράς απέναντι σε άλλους ή ζώα. Κατά την περίοδο της εφηβείας, οι εκδηλώσεις επιθετικής συμπεριφοράς μειώνονται σε συχνότητα, αλλά αυξάνονται σε ένταση και σοβαρότητα.(41)

Η κλινική εικόνα του ατόμου που πάσχει από Διαταραχή της Διαγωγής συχνά περιλαμβάνει «σκασιарχεία», εμπρησμούς, κλοπές, επιθετικότητα προς ανθρώπους και ζώα, ψευδολογία, καταστροφές ξένης περιουσίας και βανδαλισμούς, ενώ είναι συχνή και η χρήση τοξικών ουσιών.(41, 9)

### ▪ Διάγνωση

Για τη διάγνωση της Διαταραχής της Διαγωγής είναι σημαντικό να λαμβάνονται υπ' όψιν τα παρακάτω:

1. η διάρκεια των συμπτωμάτων να είναι συνεχής και όχι μικρότερη των έξι μηνών
2. τα συμπτώματα να είναι σύστοιχα με το αναπτυξιακό επίπεδο που διάγει το παιδί και ανάλογα με την ηλικία του
3. τα συμπτώματα να μπορούν να ενταχθούν σε έναν από τους ακόλουθους τύπους συμπεριφοράς:
  - καθ' υπερβολή διενέξεις και εκφοβισμοί
  - σκληρότητα προς τα ζώα ή τους άλλους ανθρώπους
  - σοβαρή καταστροφική δραστηριότητα, εμπρησμοί,

- κλοπές
- συνεχείς ψευδολογίες
- συχνές απουσίες από το σχολείο
- φυγές από το σπίτι
- ασυνήθιστα συχνές και έντονες εκρήξεις θυμού, προκλητική συμπεριφορά
- επίμονη και σοβαρή ανυπακοή.(41)

Πιο συγκεκριμένα τα διαγνωστικά κριτήρια για τη Διαταραχή της Διαγωγής σύμφωνα με το DSM IV είναι τα ακόλουθα:

A. Ένα επαναλαμβανόμενο και επίμονο μοτίβο συμπεριφοράς, στο οποίο τα βασικά δικαιώματα των άλλων ή οι βασικές κοινωνικές νόρμες και κανόνες που αρμόζουν στην ηλικία του ατόμου παραβιάζονται, όπως εκδηλώνεται μέσα από την παρουσία τριών (ή περισσότερων) από τα ακόλουθα κριτήρια, μέσα στους τελευταίους 12 μήνες, με τουλάχιστον ένα κριτήριο παρόν μέσα στους τελευταίους 6 μήνες:

Επιθετικότητα απέναντι σε ανθρώπους ή ζώα

- (1) συχνά επιτίθεται, απειλεί ή εκφοβίζει άλλους
- (2) συχνά ξεκινά καβγάδες
- (3) έχει χρησιμοποιήσει ένα όπλο που μπορεί να προκαλέσει σοβαρή σωματική βλάβη σε άλλους
- (4) έχει υπάρξει σκληρός, επιτιθέμενος σωματικά σε άλλους
- (5) έχει υπάρξει σκληρός, επιτιθέμενος σωματικά σε ζώα
- (6) έχει κλέψει, ενώ βρίσκεται αντιμέτωπος με το θύμα
- (7) έχει αναγκάσει κάποιον να εμπλακεί σε σεξουαλική δραστηριότητα

Καταστροφή Περιουσίας

- (8) έχει εσκεμμένα εμπλακεί σε πρόκληση φωτιάς με πρόθεση πρόκλησης σημαντικής ζημιάς
- (9) έχει εσκεμμένα καταστρέψει την περιουσία άλλων

Εξαπάτηση ή Κλοπή

- (10) έχει παραβιάσει το σπίτι, το κτίριο ή το αυτοκίνητο κάποιου άλλου
- (11) συχνά ψεύδεται για να αποκτήσει αγαθά ή χάρες ή για



να αποφύγει υποχρεώσεις

- (12) έχει κλέψει αντικείμενα όχι μηδαμινής αξίας, χωρίς να έρθει αντιμέτωπος με το θύμα

Σοβαρές Παραβιάσεις Κανόνων

(13) συχνά μένει εκτός σπιτιού τα βράδια παρά τις γονεϊκές απαγορεύσεις, και αυτό ξεκινά πριν την ηλικία των 13 ετών

(14) έχει σημειώσει φυγές από το σπίτι κατά τη διάρκεια της νύκτας τουλάχιστον 2 φορές, ενώ διαμένει στο πατρικό σπίτι ή στο σπίτι ανάδοχης οικογένειας

(15) είναι συχνά σκασιάρχης από το σχολείο, και αυτό ξεκινά πριν την ηλικία των 13 ετών

B. Η διαταραχή στη συμπεριφορά προκαλεί κλινικά σημαντικές ανεπάρκειες στην κοινωνική, εκπαιδευτική ή επαγγελματική λειτουργικότητα του νεαρού ατόμου.

Γ. Αν το άτομο είναι 18 ετών ή μεγαλύτερο, δεν θα πρέπει να πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της Αντικοινωνικής Διαταραχής της Προσωπικότητας.(23)

#### ▪ Διαφορική διάγνωση

Η σωστή διαφοροδιάγνωση των διαταραχών αυτής της ομάδας απαιτεί τη διάκριση όχι μόνο ανάμεσα στη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, τη Διαταραχή της Διαγωγής και την Εναντιωτική Διαταραχή, αλλά και τη διάκριση από ένα μεγάλο φάσμα άλλων ψυχιατρικών, αναπτυξιακών διαταραχών, αλλά και οργανικών ασθενειών.(23)

Το σημαντικότερο σημείο στη διαφορική διάγνωση της Διαταραχής της Διαγωγής είναι να γίνει διάκριση από τις μεμονωμένες παραπτωματικές πράξεις, οι οποίες δεν έχουν τη διάρκεια και τη βαρύτητα/σοβαρότητα, ώστε να θεωρηθούν σύμπτωμα της Διαταραχής της Διαγωγής.(41)

Επίσης, σημαντικό είναι οι ειδικοί να λαμβάνουν υπ' όψιν τους ότι παραπτωματικές πράξεις τέτοιου είδους είναι πιθανό να εκδηλωθούν και μέσα στα πλαίσια άλλων ψυχικών διαταραχών, όπως η Κατάθλιψη, η Διπολική Διαταραχή και η Σχιζοφρένεια.(41)

Στην περίπτωση που σημειώνεται συνοσηρότητα με Διαταραχές του Συναισθήματος, θα πρέπει να δοθεί η διάγνωση της Μεικτής Διαταραχής της Διαγωγής και του Συναισθήματος. Σε περίπτωση που πληρούνται τα κριτήρια

για τη διάγνωση της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, θα πρέπει να δοθεί και η αντίστοιχη διάγνωση.(41)

#### ▪ **Συνοσηρότητα**

Συχνά τα παιδιά με Διαταραχή της Διαγωγής εμφανίζουν και μια σειρά άλλων προβλημάτων. Έχει σημειωθεί συχνή επικάλυψη με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα.(9)

Ακόμη, μαζί με τη Διαταραχή της Διαγωγής συχνά απαντάται η χρήση ουσιών.(9) Οι ερευνητές από το Pittsburgh Youth Study, σε μια μακρόχρονη έρευνα των προβλημάτων διαγωγής νεαρών αγοριών, ανακάλυψαν μια ισχυρή συσχέτιση μεταξύ της χρήσης ουσιών και της παραβατικής συμπεριφοράς.(9, 38) Για παράδειγμα, ανάμεσα στους εφήβους που ανέφεραν ότι είχαν δοκιμάσει ινδική κάνναβη, ένα ποσοστό μεγαλύτερο του 30% είχε επιτεθεί σε κάποιον με όπλο και ένα ποσοστό της τάξεως του 43% είχε διαπράξει διαρρήξεις, ενώ ένα ποσοστό μικρότερο του 5% των αγοριών που ανέφεραν ότι ποτέ δεν έχουν κάνει χρήση τοξικών ουσιών, είχαν προβεί σε τέτοιες παραβατικές πράξεις.(9)

Το Άγχος και η Κατάθλιψη είναι συχνές διαταραχές ανάμεσα στα παιδιά με Διαταραχή της Διαγωγής, και οι εκτιμήσεις συνοσηρότητας κυμαίνονται μεταξύ 15% και 45%.(9,28) Υπάρχουν κάποια δεδομένα που δείχνουν ότι τα αγόρια με Διαταραχή της Διαγωγής που παρουσιάζουν συνοσηρότητα με Αγχώδη Διαταραχή είναι λιγότερο αντικοινωνικά από ότι αυτά που εμφανίζουν την Διαταραχή της Διαγωγής μόνη της.(9, 39)

#### ▪ **Πορεία της διαταραχής και πρόγνωση**

Η πρόγνωση των παιδιών που έχουν διαγνωστεί με Διαταραχή της Διαγωγής είναι συγκεχυμένη.(9) Γενικά, τα προβλήματα διαγωγής αρχικά εμφανίζονται στη μέση παιδική ηλικία. Η εξέλιξη των προβλημάτων διαγωγής ξεκινά από την παραβίαση κανόνων, όπως η παρακολούθηση στο σχολείο, και προχωρά προς την εκδήλωση επιθετικότητας προς ζώα και άλλους ανθρώπους.(23) Στα αγόρια, τα σοβαρότερα προβλήματα Διαταραχής της Διαγωγής, όπως οι βιασμοί και οι βίαιες κλοπές, γενικά εμφανίζονται μετά την ηλικία των 13 ετών.(23, 27) Η διαταραχή φαίνεται επίσης να είναι συχνότερη στην εφηβεία και στη νεαρή ενήλικη ζωή. Όταν σημειώνεται εμφάνιση παραπτωματικής συμπεριφοράς στην ενήλικη ζωή του ατόμου, είναι σχεδόν βέβαιο ότι κατά την διάρκεια της παιδικής ηλικίας το άτομο είχε εμφανίσει

Διαταραχή της Διαγωγής.(41) Η Robins (1978) συγκέντρωσε τα δεδομένα διαφορετικών μακροπρόθεσμων ερευνών, που μελετούσαν την αντικοινωνική συμπεριφορά κατά τη διάρκεια διαφορετικών χρονικών διαστημάτων μεταξύ του 1920 και του 1970, και είχαν διεξαγει follow ups μέχρι και 30 χρόνια μετά το τέλος της έρευνας.(9, 35) Η ερευνήτρια κατέληξε στο συμπέρασμα ότι η πλειονότητα των έντονα αντικοινωνικών ενηλίκων είχαν υπάρξει έντονα αντικοινωνικοί και ως παιδιά.(9)

Ωστόσο, είναι μεγαλύτερο του 50% το ποσοστό των παιδιών που εμφανίζουν στην παιδική ηλικία Διαταραχή της Διαγωγής και στην ενήλικη ζωή τους δεν εξελίχθηκαν σε αντικοινωνικά άτομα ούτε εκδήλωσαν Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας.(41, 9) Συμπερασματικά, η Διαταραχή της Διαγωγής μπορεί να είναι μια απαραίτητη, αλλά όχι αρκετή από μόνη της ως ένδειξη για την αντικοινωνική συμπεριφορά κατά την διάρκεια της ενήλικης ζωής.(9)

Τα παιδιά που πάσχουν από Διαταραχή της Διαγωγής, συγκρινόμενα με ομάδες ελέγχου, εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά χρήσης τοξικών ουσιών και αλκοόλ, καθώς και μαθησιακές δυσκολίες. Μάλιστα, είναι πολύ πιθανό στη μετέπειτα ζωή τους να αντιμετωπίσουν προβλήματα κοινωνικής προσαρμογής (π.χ. δυσκολίες στη στρατιωτική θητεία, στο γάμο, στον εργασιακό χώρο κ.α.)(41) Είναι αρκετά τα δεδομένα που υποστηρίζουν ότι μια ομάδα υπερκινητικών παιδιών εκδηλώνει κατά την διάρκεια της εφηβείας υψηλότερα ποσοστά παραβατικής συμπεριφοράς και χρήσης ουσιών, και τα προβλήματα αυτά επιμένουν και στην ενήλικη ζωή.(13, 23) Οι οικογένειες αυτών των παιδιών τείνουν να είναι λιγότερο σταθερές, να έχουν υψηλότερα ποσοστά διαζυγίων, και να μετακομίζουν συχνότερα.(23) Οι δυσκολίες που βιώνουν αυτοί οι έφηβοι, και αργότερα ως ενήλικες, περιλαμβάνουν χαμηλή αυτοεκτίμηση, προβλήματα στις διαπροσωπικές σχέσεις, και δυσκολίες στο να έχουν μια σταθερή απασχόληση, αλλά και επιθέσεις και ένοπλες ληστείες σε ένα μικρό ποσοστό των περιπτώσεων.(17, 23) Τα άτομα που κατά την παιδική ηλικία εμφάνιζαν τόσο συμπτωματολογία της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, όσο και της Διαταραχής της Διαγωγής πλειοψηφούν συντριπτικά σε αυτή την ομάδα. (23)

Ως αρνητικοί προγνωστικοί δείκτες έχουν θεωρηθεί η έναρξη των συμπτωμάτων σε ηλικία μικρότερη των 10 ετών, η εκδήλωση περισσότερων

του ενός συμπτώματων, η εκδήλωση της παραπτωματικής συμπεριφοράς ταυτόχρονα προς περισσότερα του ενός πρόσωπα (π.χ. γονείς και συνομηλίκους), η προβληματική οικογενειακή ζωή και η ύπαρξη σοβαρής ψυχοπαθολογίας στους γονείς (ιδιαίτερα ο Αλκοολισμός και οι Διαταραχές Προσωπικότητας).(41) Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται στον προγνωστικό δείκτη που αφορά την ηλικία εκδήλωσης της συμπτωματολογίας και το DSM IV ξεκαθαρίζει καλύτερα από τις προηγούμενες εκδόσεις ότι όσο νωρίτερα στη ζωή του ατόμου σημειώνεται η έναρξη της Διαταραχής της Διαγωγής, τόσο πιθανότερο είναι το παιδί αυτό ως ενήλικας να εκδηλώσει Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας.(9) Όταν η Διαταραχή της Διαγωγής εμφανίζεται για πρώτη φορά στην εφηβεία, τα προβλήματα τείνουν να εξασθενούν μέχρι την ενηλικίωση. Όταν όμως, η Διαταραχή της Διαγωγής είναι παρούσα από τη μέση παιδική ηλικία, η επιθετικότητα είναι πολύ πιθανότερο να επιμείνει και στην ενήλικη ζωή και υπάρχει συχνά ιστορικό συλλήψεων και φυλάκισης.(23)

Ο Moffitt (1993) υποστηρίζει ότι θα πρέπει να γίνει διάκριση ανάμεσα στις δύο πορείες που μπορεί να ακολουθήσει η Διαταραχή της Διαγωγής. (31) Μερικά άτομα δείχνουν να ακολουθούν ένα χρόνιο και επίμονο μοτίβο αντικοινωνικής συμπεριφοράς, το οποίο μπορεί να ξεκινά ακόμα και από την ηλικία των 3 ετών και να εκτείνεται μέχρι και την ενήλικη ζωή χαρακτηριζόμενο από πολύ σοβαρές εγκληματικές ενέργειες. Για άλλα άτομα η Διαταραχή της Διαγωγής μπορεί να περιοριστεί αυστηρά μέσα στα χρονικά όρια της εφηβείας. Αυτά τα άτομα συνήθως έχουν να επιδείξουν μια μάλλον φυσιολογική παιδική ηλικία, υιοθετούν αντικοινωνικές συμπεριφορές κατά τη διάρκεια της εφηβείας και επανέρχονται σε ένα φυσιολογικό επίπεδο από αντικοινωνικές και προβληματικές συμπεριφορές στην ενήλικη ζωή τους. (9) Αυτή η ομάδα των παιδιών που εμφανίζει προβλήματα διαγωγής για πρώτη φορά στην εφηβεία και δεν έχει παρουσιάσει πριν από αυτή την περίοδο εναντιωτικές ή επιθετικές συμπεριφορές, συνήθως εμφανίζει μια μάλλον προσωρινή διαταραχή η οποία δεν χαρακτηρίζεται από σοβαρή επιθετικότητα.(23, 28) Ο Moffitt υποθέτει ότι αυτός ο προσωρινός τύπος αντικοινωνικής συμπεριφοράς είναι αποτέλεσμα ενός «κενού της διαδικασίας ωρίμανσης», το οποίο εντοπίζεται χρονικά στο σημείο που ο έφηβος έχει ωριμάσει σωματικά και έχει την ευκαιρία να αναλάβει ως ενήλικας πλέον τις

ευθύνες του και να επιβραβευθεί για μια τέτοια υπεύθυνη συμπεριφορά, αλλά συναισθηματικά παραμένει ανώριμος για ένα τέτοιο βήμα. (9)

Αν και το μεγαλύτερο μέρος των ερευνών σε αυτό τον τομέα έχουν διεξαχθεί με δείγμα αγοριών, μια έρευνα παρακολούθησε για αρκετά χρόνια την πορεία 55 κοριτσιών που είχαν νοσηλευθεί για Διαταραχή της Διαγωγής.(9,42) Όπως και στα αγόρια, η πλειονότητα των κοριτσιών αυτών είχαν ιστορικό χρήσης ναρκωτικών ουσιών και ένα μεγάλο ποσοστό πληρούσε τα διαγνωστικά κριτήρια για Κατάθλιψη ή Αγχώδη Διαταραχή. Η κατάληξη αυτών των κοριτσιών ήταν παράλληλη σε πορεία με τη φτωχή πρόγνωση των αγοριών με Διαταραχή της Διαγωγής. Ένα ποσοστό του δείγματος της τάξης του 88% παρουσίασε προβλήματα όπως πρόωρος θάνατος (6%), εγκατάλειψη του σχολείου (41%), εκκρεμότητες με την δικαιοσύνη (50%), φυγές από το σπίτι (48%), εγκυμοσύνες πριν την ηλικία των 17 ετών (32%) και απόπειρες αυτοκτονίας (22%).(9)

#### ▪ **Αιτιοπαθογένεια**

Πολυάριθμες ιδέες έχουν προταθεί για την αιτιολογία της Διαταραχής της Διαγωγής (9), η οποία θεωρείται ότι είναι πολυπαραγοντική.(41) Κατά καιρούς έχουν ενοχοποιηθεί διάφορες κατηγορίες παραγόντων όπως:

- ιδιοσυγκρασιακοί, νευροφυσιολογικοί και ορμονικοί
- γενετικοί
- περιβαλλοντικοί
- ψυχοκοινωνικοί
- ατομικοί, ενδοψυχικοί.

Ωστόσο, η επικρατούσα άποψη θέλει την παρουσία και τη διαπλοκή περισσοτέρων του ενός παραγόντων να ευθύνεται για την εκδήλωση της συγκεκριμένης διαταραχής, μια και η παραπτωματοκτικότητα θεωρείται φαινόμενο βιο-ψυχο-κοινωνικό.(41)

#### **Γενετική**

Τα δεδομένα των ερευνών δείχνουν υψηλή συχνότητα παρουσίας Αντικοινωνικής Διαταραχής της Προσωπικότητας τόσο στις μητέρες, όσο και στους πατέρες των παιδιών που διαγιγνώσκονται με Διαταραχή της Διαγωγής, γεγονός που υποδεικνύει την πιθανή συμβολή γενετικών, κληρονομικών παραγόντων στην εκδήλωση της διαταραχής.(9, 25) Από τη στιγμή που οι θετοί γονείς των παιδιών που εμφανίζουν τη διαταραχή δεν έχει

φανεί να παρουσιάζουν αντικοινωνική συμπεριφορά ή αλκοολισμό (9, 21), η συσχέτιση μεταξύ της αντικοινωνικής συμπεριφοράς παιδιών και γονέων μπορεί να θεωρηθεί, τουλάχιστον μερικώς, γενετικής βάσεως.(9) Επίσης, οι μελέτες διδύμων έχουν δείξει υψηλότερα ποσοστά συμφωνίας ως προς την αντικοινωνική συμπεριφορά μεταξύ των μονοζυγωτικών διδύμων από ότι μεταξύ των ετεροζυγωτικών διδύμων.(9,12)

### **Νευροψυχολογία**

Νευροψυχολογικές ανεπάρκειες έχουν, επίσης, εντοπιστεί να εμπλέκονται στο προφίλ της παιδικής ηλικίας των παιδιών που διαγιγνώσκονται με Διαταραχή της Διαγωγής.(9, 31, 32) Αυτές οι ανεπάρκειες περιλαμβάνουν φτωχές λεκτικές δεξιότητες, προβλήματα στις μνημονικές διεργασίες, δυσκολία στην «εκτελεστική λειτουργία», δηλαδή την ικανότητα να περιμένουν, να οργανώνουν, να χρησιμοποιούν τον αυτοέλεγχο και να επιλύουν προβλήματα.(9)

### **Οικογένεια**

Οι ικανοποιητικές σχέσεις με τους γονείς (ή τα υποκατάστατά τους), η αίσθηση ασφάλειας και η αγάπη μέσα σε αυτές τις σχέσεις, κατά τα πρώιμα στάδια της ζωής ενός παιδιού, θεωρούνται απαραίτητες προϋποθέσεις για την υγιή ανάπτυξή του, αλλά και την ομαλή προσαρμογή του στο κοινωνικό σύνολο. Κατά συνέπεια, σε ό,τι διαταράσσει την εγκατάσταση αυτού του υγιούς δεσμού ανάμεσα στο παιδί και στους γονείς δίνεται παθογνωμονική σημασία.(41) Ένα σημαντικό κομμάτι της φυσιολογικής ανάπτυξης ενός παιδιού είναι και η ανάπτυξη της ηθικής, η κατάκτηση του αισθητηρίου που καθορίζει τι είναι σωστό και τι λάθος και η δυνατότητα, ή ακόμα και η επιθυμία, να υπακούει στους νόμους και τους κανόνες. Οι περισσότεροι άνθρωποι αποφεύγουν να βλάψουν τους άλλους, όχι μόνο γιατί αυτό θα ήταν ενδεχομένως παράνομο, αλλά γιατί αυτό θα τους έκανε να αισθανθούν ενοχές. (9) Τα παιδιά που πάσχουν από Διαταραχή της Διαγωγής, όπως και οι πάσχοντες από Αντικοινωνική Διαταραχή Προσωπικότητας, φαίνεται συχνά να παρουσιάζουν πλήρη απουσία αυτής της ηθικής συνείδησης, και σαν κεντρικό στοιχείο της αντίληψης του εαυτού τους φαίνεται να αντιμετωπίζουν τις αντικοινωνικές πράξεις τους σαν ενέργειες που τους ενθουσιάζουν και τους ανταμείβουν.(9, 37)

Οι έρευνες που έχουν εστιάσει στο παρελθόν των παιδιών που διαγιγνώσκονται με τη Διαταραχή της Διαγωγής δείχνουν ότι στο μοτίβο της οικογενειακής ζωής απουσιάζουν παράγοντες που θεωρούνται κεντρικά στοιχεία για την ανάπτυξη μιας ισχυρής ηθικής συνείδησης. (9) Οι γονείς που είναι τρυφεροί με τα παιδιά τους και μεταξύ τους, που διατυπώνουν με ξεκάθαρο και σταθερό τρόπο τις ηθικές αρχές τους, που απαιτούν και από τα παιδιά τους να υιοθετήσουν και να ενστερνιστούν αυτές τις αρχές, που χρησιμοποιούν την τιμωρία με δίκαιο τρόπο, με σταθερότητα και συνέπεια και που αιτιολογούν, εξηγούν και επιχειρηματολογούν σε ό,τι αφορά τις απόψεις, ιδέες και αποφάσεις τους, συνήθως δεν μεγαλώνουν παιδιά που θα αναπτύξουν Διαταραχή της Διαγωγής. (9, 16, 19, 40)

Στοιχεία που φαίνεται να αυξάνουν τον κίνδυνο για την εκδήλωση παραπτωματικής συμπεριφοράς είναι η έλλειψη ενός σταθερού οικογενειακού περιβάλλοντος, η ασυμβατότητα της ιδιοσυγκρασίας παιδιού και γονέων, αλλά και η ανατροφή του παιδιού μέσα σε ιδρύματα. Σε ό,τι αφορά ειδικά τα αγόρια, καθοριστικό ρόλο για την εκδήλωση παραπτωματικής συμπεριφοράς φαίνεται να παίζουν παράγοντες όπως ο αλκοολισμός και η αντικοινωνική συμπεριφορά του πατέρα ή και η πλήρης απουσία της φιγούρας του πατέρα από τη ζωή του παιδιού. Επίσης, με τη Διαταραχή της Διαγωγής έχουν συνδεθεί και η συγκρουσιακή σχέση των δύο γονέων μεταξύ τους, η οποία μπορεί να οδηγήσει σε ανεπαρκή επίβλεψη της ανατροφής των παιδιών ή σε πιο σοβαρές περιπτώσεις, ακόμα και σε παραμέληση ή κακοποίηση του παιδιού. (41) Γενικότερα, σχετικά με τον τρόπο ανατροφής των παιδιών αυτών, οι έρευνες δείχνουν ότι οι οικογένειες των παιδιών που διαγιγνώσκονται με τη Διαταραχή της Διαγωγής εμφανίζουν απουσία συνοχής (7, 9) και έχουν υποστεί το στρες των συζυγικών διαφωνιών και του διαζυγίου. (9, 11, 36)

### **Αναπτυξιακό στάδιο**

Η εμφάνιση της Διαταραχής της Διαγωγής φαίνεται να είναι συχνότερη στην εφηβεία και το γεγονός αυτό έχει συνδεθεί τόσο με βιολογικούς, όσο και με ψυχολογικούς και κοινωνικούς παράγοντες. Αναφορικά με τους βιολογικούς παράγοντες, ο έφηβος δέχεται πιέσεις από την ταχεία φυσική ανάπτυξη και τις ορμονικές αλλαγές, χαρακτηριστικές αυτής της περιόδου, και αυτές οι πιέσεις επιδρούν με καθοριστικό τρόπο στις σεξουαλικές και

επιθετικές ενορμήσεις του. Για τους ψυχολογικούς παράγοντες, έχει γίνει λόγος για το πώς οι ανακατατάξεις των σχέσεων του εφήβου με τους γονείς του μπορεί να ενεργοποιήσουν την αναβίωση πρώιμων συναισθηματικών συγκρούσεων. Τέλος, έχει θεωρηθεί ότι οι κοινωνικές τάσεις και οι προσδοκίες του κοινωνικού συνόλου από τον έφηβο παίζουν σημαντικό ρόλο στην εμφάνιση της Διαταραχής της Διαγωγής.(41)

### **Μιμητισμός - μάθηση**

Όπως προκύπτει από τα δεδομένα των ερευνών και από τη συμπεριφοριστική προσέγγιση, τόσο ο μιμητισμός όσο και η συντελεστική μάθηση μάς παρέχουν χρήσιμες εξηγήσεις για την ανάπτυξη και διαιώνιση της συμπτωματολογίας της Διαταραχής της Διαγωγής.(9) Οι Bandura και Walters (1963) υπήρξαν από τους πρώτους ερευνητές που εκτίμησαν τη σημασία του ότι τα παιδιά μπορούν να διδαχθούν την επιθετικότητα από τους γονείς που συμπεριφέρονται βίαια και επιθετικά.(2, 9) Τα παιδιά μπορούν επίσης να μιμηθούν επιθετικές συμπεριφορές που έχουν δει και από άλλες πηγές όπως η τηλεόραση (9, 20, 26), ο κινηματογράφος, τα παιχνίδια στον υπολογιστή κ.α. Από τη στιγμή που η επιθετικότητα είναι ένας αποτελεσματικός, αν και δυσάρεστος, τρόπος επίτευξης ενός στόχου, είναι πολύ πιθανό να ενισχύεται. Έτσι, άπαξ και το παιδί μιμηθεί την επιθετικότητα, οι επιθετικές αυτές ενέργειες κατά πάσα πιθανότητα θα ενισχυθούν και θα εγκατασταθούν ως συμπεριφορά. Αυτή η διάσταση του μιμητισμού θα μπορούσε έστω και εν μέρει να δικαιολογήσει τη δραματική έξαρση της παραβατικότητας στους εφήβους, ακόμα και σε παιδιά που δεν είχαν δώσει δείγματα προβλημάτων διαγωγής στο παρελθόν. Ο Moffitt (1993) πρότεινε ότι αυτοί οι έφηβοι μιμούνται τη συμπεριφορά συνομηλίκων τους, που παρουσιάζουν μια περισσότερο σταθερή αντικοινωνικότητα, γιατί τους παρακολουθούν να απολαμβάνουν μια προνομιακή θέση μέσα στην ομάδα των συνομηλίκων και μεταξύ άλλων να θεωρούνται ως περισσότερο επιθυμητοί, ελκυστικοί από το αντίθετο φύλο. (9, 31) Οι ομάδες των παιδιών που γίνονται μάρτυρες τέτοιου είδους συμπεριφορών, ηρωοποιούν τις συμπεριφορές αυτές και τους πρωταγωνιστές τους, συχνά μπαίνουν στην διαδικασία να μιμηθούν αυτές τις μη κοινωνικοποιημένες μορφές συμπεριφοράς («μίμηση προτύπων») και ταυτόχρονα ενισχύουν με αυτόν τον τρόπο την αρνητική συμπεριφορά,



συμβάλλοντας ακόμα περισσότερο στην εμπέδωσή της («αναγνώριση», «ηρωοποίηση» ως θετική ενίσχυση). (22)

### **Γνωστικές διεργασίες**

Η γνωσιακή προσέγγιση στην επιθετική συμπεριφορά, και κατ' επέκταση στην Διαταραχή της Διαγωγής, στηρίχθηκε στη δουλειά του Kenneth Dodge και των συνεργατών του. (9) Σε μια από τις πρώτες έρευνές του (9, 10) με θέμα τις γνωστικές διεργασίες των επιθετικών παιδιών εντοπίστηκε μια συγκεκριμένη μορφή μεροληψίας: αυτά τα παιδιά ερμήνευαν διαφορούμενες ενέργειες ως αποδείξεις των επιθετικών προθέσεων των άλλων παιδιών απέναντί τους. Αυτή η αντίληψη μπορούσε να οδηγήσει αυτά τα αγόρια να «αντεπιτεθούν» βίαια σε ενέργειες που στην πραγματικότητα δεν είχαν τον χαρακτήρα της πρόκλησης. Στη συνέχεια, οι συνομήλικοί τους, ενθουμούμενοι αυτές τις επιθετικές συμπεριφορές, είναι πιθανό να ήταν περισσότερο εριστικοί απέναντί τους, προκαλώντας περαιτέρω θυμό στους ήδη επιθετικούς νεαρούς και διαιωνίζοντας έτσι ένα φαύλο κύκλο απόρριψης – επιθετικότητας.(9) Ο Dodge προχώρησε ένα βήμα παρακάτω και διατύπωσε μια θεωρία για την επεξεργασία κοινωνικών πληροφοριών στην παιδική ηλικία, η οποία εστίαζε στους τρόπους με τους οποίους τα παιδιά επεξεργάζονται πληροφορίες σχετικά με τον κόσμο τους και στο πώς αυτές οι αντιλήψεις επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τη συμπεριφορά των παιδιών.(8, 9)

### **Κοινωνικοί παράγοντες**

Κάθε συζήτηση για τη Διαταραχή της Διαγωγής και την παραβατικότητα θα πρέπει να αναγνωρίζει και τη συμβολή των κοινωνιολόγων.(9) Η κοινωνική τάξη και η αστική ζωή έχουν συνδεθεί με τη σύμπτωση της παραβατικότητας.(9) Υψηλά ποσοστά ανεργίας, φτωχές εκπαιδευτικές υπηρεσίες, διαταραγμένη οικογενειακή ζωή και μια υποκουλτούρα που μπορεί να αντιμετωπίζει την παραβατικότητα ως αποδεκτή, έχουν όλα αποδειχθεί ως παράγοντες που συμβάλλουν στην εκδήλωση αντικοινωνικών συμπεριφορών. (9, 14) Κάθε θεωρία κατανόησης της παραβατικότητας και της Διαταραχής Διαγωγής θα πρέπει να συμπεριλαμβάνει αυτά τα κοινωνιολογικά δεδομένα.(9) Μια πρόσφατη έρευνα του Patterson προτείνει ότι ένας συνδυασμός μιας πρώιμης αντικοινωνικής συμπεριφοράς του παιδιού και

κοινωνικοοικονομικής μειονεξίας της οικογένειας μπορεί να προβλέψει πρώιμες συλλήψεις για εγκληματικές ενέργειες.(9, 34)

- **Θεραπευτικές παρεμβάσεις**

Η αντιμετώπιση της Διαταραχής της Διαγωγής θέτει μια μεγάλη πρόκληση για τις σύγχρονες κοινωνίες. Κοινωνιολόγοι, πολιτικοί και ψυχολόγοι εργάζονται με βάση την υπόθεση ότι οι συνθήκες οικονομικής εξαθλίωσης αποτελούν το μεγαλύτερο μέρος του προβλήματος, προτείνουν μια πιο δίκαιη κατανομή του εισοδήματος, προγράμματα επαγγελματικής αποκατάστασης και άλλα μεγαλεπήβολα προγράμματα και σχέδια, που στοχεύουν να περιορίσουν τη στέρηση αγαθών στις χαμηλότερες οικονομικές τάξεις, εκεί όπου η παραβατικότητα σημειώνει και τα μεγαλύτερα ποσοστά. Αν και οι κοινωνιολογικές αυτές προσεγγίσεις διαδραματίζουν κάποιο ρόλο και στον προγραμματισμό και στην οργάνωση της θεραπευτικής αντιμετώπισης, αυτό που ενδιαφέρει περισσότερο την επιστήμη της ψυχολογίας είναι οι ψυχολογικές μέθοδοι που στοχεύουν στα συγκεκριμένα άτομα που παρουσιάζουν την διαταραχή, καθώς και στις οικογένειές τους.(9)

Όπως έχει προαναφερθεί, κάποια από τα παιδιά που εμφανίζουν τη Διαταραχή της Διαγωγής θα αποτελέσουν τους μελλοντικούς πάσχοντες από Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας. Τον ίδιο βαθμό δυσκολίας που έχει η ψυχοθεραπευτική παρέμβαση σε πάσχοντες από Αντικοινωνική Διαταραχή της Προσωπικότητας, θα συναντήσει ένας θεραπευτής που θα επιχειρήσει να πλησιάσει νέους ανθρώπους που διαπράττουν εγκληματικές, βίαιες ενέργειες χωρίς να αισθάνονται καμία μεταμέλεια, αναστολή ή συναισθηματική εμπλοκή για τις πράξεις τους αυτές. Η φυλάκιση, η αποφυλάκιση και η κατά συρροή διάπραξη εγκληματικών ενεργειών φαίνεται να είναι ο κανόνας για αυτούς τους νέους. Μια από τις μεγαλύτερες προκλήσεις για τις σύγχρονες κοινωνίες είναι πώς να αντιμετωπίσει νέους ανθρώπους που η ηθική τους συνείδηση φαίνεται να μην έχει αναπτυχθεί. Το να φυλακίζονται απλώς οι έφηβοι παραβάτες δεν θα δώσει ποτέ λύση στο πρόβλημα της εγκληματικότητας. Μια μακροχρόνια έρευνα έδειξε ότι η τιμωρητική αρχή και η εφαρμογή πειθαρχικών μέτρων, όπως η φυλάκιση εφήβων παραβατών, οδηγεί σε επαγγελματική αστάθεια και αυξημένη εγκληματική δραστηριότητα στην ενήλικη ζωή. Συνεπώς, τα αυστηρά πειθαρχικά μέτρα, είτε αυτά επιβάλλονται από το κράτος είτε από τους γονείς,

φαίνεται να συμβάλλουν τα μέγιστα στη μετέπειτα παραβατική και εγκληματική δραστηριότητα της ενήλικης ζωής.(9)

Για τα παιδιά αυτά που εμφανίζουν Διαταραχή της Διαγωγής χωρίς συνοσηρότητα με κάποια άλλη διαταραχή, εφαρμόζεται συνήθως ένας συνδυασμός διαφορετικών ψυχοκοινωνικών παρεμβάσεων με ανοικτό το ενδεχόμενο της χρήσης αυξανόμενης δοσολογίας κάποιου από τα ποικίλα φάρμακα που μπορούν να συνταγογραφηθούν σε αυτές τις περιπτώσεις.(23)

Στη θεραπευτική πράξη έχουν τεθεί σε εφαρμογή όλες οι δυνατές ψυχοθεραπείες, χωρίς όμως να έχει φανεί μια σαφή υπεροχή κάποιας από αυτές ως προς την αποτελεσματικότητά τους. Σε αυτές τις περιπτώσεις παιδιών είναι ανάγκη να εξατομικευτεί η θεραπευτική διαδικασία και να συμπεριλάβει παρέμβαση όχι μόνο στον πάσχοντα, αλλά και στην οικογένεια και το ευρύτερο περιβάλλον του (π.χ. σχολείο). Ιδιαίτερα βοηθητική μπορεί να είναι η ψυχοδυναμική κατανόηση της Διαταραχής της Διαγωγής, η οποία μπορεί να επιτρέψει στον ειδικό να αξιοποιήσει καλύτερα διαφορετικές θεραπευτικές προσεγγίσεις στην προσπάθεια αντιμετώπισης της διαταραχής.(41)

Μια από τις πολλά υποσχόμενες προσεγγίσεις για τη θεραπεία της Διαταραχής της Διαγωγής εμπλέκει και την παρέμβαση στους γονείς και στην οικογένεια του πάσχοντος παιδιού. Ο Gerald Patterson και οι συνεργάτες του έχουν εργαστεί για περισσότερο από 3 δεκαετίες προκειμένου να σχεδιάσουν και να δοκιμάσουν ένα συμπεριφοριστικό πρόγραμμα εκπαίδευσης των γονέων, μέσα από το οποίο οι γονείς μαθαίνουν να τροποποιούν τις αντιδράσεις τους απέναντι στα παιδιά τους, έτσι ώστε να ενισχύονται οι κοινωνικές και όχι οι αντικοινωνικές συμπεριφορές των παιδιών. Οι γονείς εκπαιδεύονται στο να μάθουν να εφαρμόζουν τεχνικές όπως η θετική ενίσχυση, όταν το παιδί εκδηλώνει επιθυμητές συμπεριφορές, η διακοπή των θετικών ενισχύσεων και η αφαίρεση προνομίων, όταν το παιδί εκδηλώνει επιθετικές ή αντικοινωνικές συμπεριφορές. Οι συνεδρίες περιλαμβάνουν πρακτική εξάσκηση της εφαρμογής των τεχνικών και συζήτηση για τις δυσκολίες που μπορεί να συναντήσουν οι γονείς εφαρμόζοντας αυτές τις τεχνικές σε ένα αντικοινωνικό παιδί. Τόσο οι αναφορές γονέων και εκπαιδευτικών που έχουν παρακολουθήσει τέτοια προγράμματα, όσο και οι άμεσες παρατηρήσεις της συμπεριφοράς των παιδιών στο σχολικό

περιβάλλον και στο περιβάλλον του σπιτιού υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα αυτών των προγραμμάτων.(9, 34) Τα προγράμματα αυτά εκπαίδευσης των γονέων έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά ακόμα και στη βελτίωση της συμπεριφοράς των αδερφών μεταξύ τους και στη μείωση της κατάθλιψη των μητέρων που συμμετέχουν σε αυτά τα προγράμματα.(9, 24) Μια πρόσφατη έρευνα σε χρόνιους παραβάτες εφήβους, που διεξάχθηκε από την ομάδα του Patterson (3, 9), βρήκε ότι η εκπαίδευση και των δύο γονέων και η οικογενειακή θεραπεία, που επιβάλλεται με εντολή των δικαστικών αρχών, μείωναν τα ποσοστά εγκληματικών ενεργειών. Η θεραπευτική προσέγγιση που εστιάζει στην εκπαίδευση των γονέων και συμπεριελάμβανε την εκμάθηση τρόπων ώστε οι γονείς να παρακολουθούν στενότερα τα παιδιά τους και να χρησιμοποιούν επιβραβεύσεις, αλλά και συνέπειες περισσότερο αρμόζουσες στην ηλικία των παιδιών τους (δηλ. στην εφηβεία), οδήγησαν σε μια ταχύτερη βελτίωση.(9)

Μια νέα και πολλά υποσχόμενη θεραπευτική προσέγγιση για έφηβους παραβάτες έχει να επιδείξει μείωση των συλλήψεων έως και 4 χρόνια μετά το τέλος της παρέμβασης.(6, 9) Η πολυσυστημική θεραπεία του Henggeler's περιλαμβάνει την παροχή κατανοητών θεραπευτικών υπηρεσιών, που στοχεύουν στον έφηβο παραβάτη, την οικογένειά του, το σχολείο του και σε κάποιες περιπτώσεις και την ομάδα των συνομηλίκων του. Η παρέμβαση βασίζεται σε μια οικοσυστημική προσέγγιση, η οποία αντιμετωπίζει την Διαταραχή της Διαγωγής σαν να δημιουργείται και να είναι εγκλωβισμένη μέσα στις σχέσεις μεταξύ των μελών μιας οικογένειας και κατά συνέπεια αντιμετωπίσιμη μόνο όταν η παρέμβαση εμπλέκει ολόκληρη την οικογένεια. Η θεραπευτική προσέγγιση χρησιμοποιεί συμπεριφοριστικές τεχνικές, ενισχύοντας τις αλλαγές στη συμπεριφορά και ειδικότερα αυτές που αφορούν τις σχέσεις μεταξύ των μελών της οικογένειας, αλλά και τις σχέσεις με το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο. Η θεραπεία πραγματοποιείται σε πλαίσια όπως το σπίτι, το σχολείο ή η κοινωνία στην οποία ζει και δραστηριοποιείται ο έφηβος, με σκοπό την μεγιστοποίηση της γενίκευσης των θεραπευτικών αλλαγών. Σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου, στην οποία παρασχέθηκε ίσος αριθμός συνεδριών (περίπου 25) βασισμένων στις παραδοσιακές ατομικές θεραπείες στο γραφείο επαγγελματιών και όχι στο πλαίσιο δράσης του εφήβου, οι έφηβοι που εντάχθηκαν στην πολυσυστημική θεραπευτική ομάδα

έδειξαν μείωση των συμπεριφορικών προβλημάτων και κατά πολύ λιγότερες συλλήψεις μετά το τέλος του θεραπευτικού προγράμματος. Για παράδειγμα, ενώ περισσότερο του 70% των εφήβων που ακολούθησαν την παραδοσιακή ψυχοθεραπευτική παρέμβαση συνελήφθησαν στα 4 χρόνια που ακολούθησαν μετά το τέλος των θεραπευτικών συνεδριών, μόνο το 22% αυτών που εντάχθηκαν στην πολυσυστημική θεραπευτική ομάδα είχαν συλληφθεί. Επιπροσθέτως, η αξιολόγηση των υπολοίπων μελών της οικογένειας των εφήβων παραβατών έδειξε ότι οι γονείς των εφήβων που είχαν ενταχθεί στο πολυσυστημικό θεραπευτικό πρόγραμμα έδειξαν μείωση στην ψυχιατρική συμπτωματολογία και οι οικογένειές τους εν γένει έδειξαν βελτίωση στα επίπεδα υποστήριξης και μείωση των συγκρούσεων και της επιθετικότητας σε βιντεοσκοπημένες σκηνές αλληλεπίδρασης. Οι οικογένειες των παιδιών που ακολούθησαν την παραδοσιακή ατομική ψυχοθεραπεία σημείωσαν μια εξασθένηση στην ποιότητα των μεταξύ τους αλληλεπιδράσεων μετά το τέλος των θεραπευτικών συνεδριών. Ακόμα και οι έφηβοι που ακολουθούσαν το πολυσυστημικό θεραπευτικό πρόγραμμα και το εγκατέλειψαν πρόωρα μετά από 4 συνεδρίες επέδειξαν σημαντική μείωση του αριθμού συλλήψεων σε σύγκριση με τους εφήβους που ολοκλήρωσαν το πρόγραμμα της παραδοσιακής ατομικής ψυχοθεραπείας.(9)

Αν και οι έρευνες του Patterson και του Henggeler προτείνουν ότι η παρέμβαση στους γονείς και στις οικογένειες των εφήβων παραβατών είναι ένας παράγοντας κριτικής σημασίας για την αποτελεσματικότητα, μια τέτοια θεραπευτική προσέγγιση είναι ακριβή και χρονοβόρα και κάποιες οικογένειες μπορεί να αδυνατούν ή να μην επιθυμούν να εμπλακούν σε αυτή. Συνεπώς, είναι αξιοσημείωτο ότι άλλες έρευνες δείχνουν πως η γνωσιακή προσέγγιση στη θεραπεία των παιδιών με Διαταραχή της Διαγωγής μπορεί να βελτιώσει τη συμπεριφορά τους, ακόμα και χωρίς την εμπλοκή των οικογενειών τους στη θεραπεία. Για παράδειγμα, το να διδάξεις στα παιδιά γνωσιακές δεξιότητες για τον έλεγχο του θυμού φαίνεται να προσφέρει βοήθεια στη μείωση της επιθετικής συμπεριφοράς. Στα προγράμματα εκπαίδευσης ελέγχου του θυμού, τα επιθετικά παιδιά διδάσκονται αυτοέλεγχο σε καταστάσεις πρόκλησης θυμού. Οι Hinshaw, Henker & Whalen (1984) βοήθησαν παιδιά να μάθουν να αντιστέκονται σε λεκτικές επιθέσεις χωρίς να αντεπιτίθενται βίαια, θέτοντας σε χρήση τεχνικές αντιπερισπασμού όπως το

να αναπαράγουν μια μελωδία σιωπηρά, να λένε καθησυχαστικές εκφράσεις στον εαυτό τους και να απομακρύνονται από το μέρος που λαμβάνει χώρα η πρόκληση. Τα παιδιά στη συνέχεια έθεταν σε εφαρμογή τις τεχνικές αυτοελέγχου που είχαν διδαχθεί την ώρα που ένας συνομήλικος τους προκαλούσε και τους προσέβαλε.(9, 18)

Μια άλλη στρατηγική εστιάζει στην ελλειμματική ηθική ανάπτυξη των παιδιών με Διαταραχή της Διαγωγής.(9) Η εκπαίδευση στις δεξιότητες ανάπτυξης ενός ηθικού κώδικα σε ομάδες εφήβων με διαταραγμένη συμπεριφορά είχε να επιδείξει απρόσμενη αποτελεσματικότητα.(1, 9) Οι έφηβοι που επιλέχθηκαν από τους εκπαιδευτικούς τους ως έχοντες προβλήματα συμπεριφοράς (όπως επιθετικότητα, κλοπές και βανδαλισμοί), πήραν μέρος για 4-5 μήνες σε εβδομαδιαίες συναντήσεις της ομάδας στο σχολείο, οι οποίες στόχευαν να ενθαρρύνουν υψηλότερα επίπεδα ηθικής σκέψης.(9) Οι ομαδικές συνεδρίες περιελάμβαναν συζήτηση για περιστατικά όπως το ακόλουθο:

«Η Sharon και η καλύτερή της φίλη Jill ψωνίζουν σε ένα κατάστημα ρούχων. Η Jill βρίσκει μια μπλούζα που της αρέσει, αλλά ωστόσο δεν έχει αρκετά χρήματα να την αγοράσει. Παίρνει τη μπλούζα στο δοκιμαστήριο και την κρύβει κάτω από το μπουφάν της. Τη δείχνει στη Sharon, και παρά τις διαμαρτυρίες της τελευταίας, φεύγει από το κατάστημα με τη μπλούζα κρυμμένη στο μπουφάν της. Ένας φύλακας σταματά τη Sharon και ο ιδιοκτήτης του καταστήματος ψάχνει τη τσάντα της και αφού δεν βρίσκει τίποτα συμπεραίνει ότι η Jill έχει κλέψει τη μπλούζα. Ο ιδιοκτήτης του καταστήματος ζητά από την Sharon να του πει τα στοιχεία της Jill, απειλώντας ότι αν δεν το κάνει θα καλέσει και τους γονείς της Sharon, αλλά και την αστυνομία. Το δίλημμα της Sharon είναι αν θα πρέπει να δώσει τα στοιχεία της καλύτερης της φίλης ή όχι.»

Τα μέλη της ομάδας ενθαρρύνονται να εκφράσουν τις αντικρουόμενες απόψεις τους χρησιμοποιώντας μια επιχειρηματολογία για να στηρίξουν τη θέση και την άποψή τους, να εντοπίσουν τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των διαφορετικών εναλλακτικών λύσεων, να επισημάνουν τα δικαιώματα και τις ευθύνες των πρωταγωνιστών της ιστορίας, να συζητήσουν για τα διλήμματα τους και για τις συνέπειες που θα έχει κάθε εναλλακτική λύση για τους πρωταγωνιστές και το ευρύτερο κοινωνικό σύνολο.(9)

Σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου που αποτέλεσαν μαθητές που δεν δέχονταν καμία παρέμβαση, οι έφηβοι που συμμετείχαν στις θεραπευτικές αυτές ομάδες έδειξαν βελτίωση τόσο σε ό,τι αφορούσε την ηθική τους σκέψη όσο και σε ό,τι αφορούσε τους βαθμούς στο σχολείο, αλλά και μείωση της αργοπορίας, του αριθμού παραπομπών στο λυκείαρχη για προβλήματα συμπεριφοράς, και μείωση της εμπλοκής με την αστυνομία και τα δικαστήρια ανηλίκων. Τα follow-up 1 χρόνο αργότερα έδειξαν αυξημένες διαφορές ανάμεσα στις 2 ομάδες εφήβων, με την ομάδα των εφήβων που είχε δεχθεί την θεραπευτική παρέμβαση να επιδεικνύει βελτίωση της ηθικής σκέψης και περαιτέρω μειώσεις στις εκδηλώσεις προβληματικών συμπεριφορών.(9)

Αυτή η βελτίωση είναι εντυπωσιακή, ακόμα και μήνες μετά τη λήξη της παρέμβασης, ωστόσο είναι αρκετές οι έρευνες που εφιστούν την προσοχή στο γεγονός ότι οι συμπεριφορικές αλλαγές που συντελούνται ως αποτέλεσμα της αλλαγής των γνωστικών διεργασιών μπορεί να έχουν μόνο βραχύχρονα οφέλη και οι βελτιώσεις που συντελούνται να χάνονται όταν οι έφηβοι επιστρέφουν στις γνώριμες «κακόφημες» γειτονιές τους.(9) Το κοινωνικό περιβάλλον στο οποίο ζει και δραστηριοποιείται ο επιθετικός έφηβος θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν όταν επιχειρούμε να αντιμετωπίσουμε το περίπλοκο φαινόμενο της επιθετικότητας και της αντικοινωνικής συμπεριφοράς.(9, 15)

### **Βιβλιογραφία**

1. Arbuthnot, J. & Gordon, D.A. (1986). Behavioural and cognitive effects of a moral reasoning development intervention for high-risk behaviour disordered adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54, 208-216*
2. Bandura, A. & Walters, R.H. (1963) Social learning and personality development. New York: Holt, Rinehart & Winston
3. Bank, L., Marlowe, J.H., Reid, J.B., Patterson, G.R. & Weinrott, M.R. (1991). A comparative evaluation of parent-training interventions for families of chronic delinquents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 19, 15-33*
4. Blumstein, A. & Cohen, J. (1987). Characterizing criminal careers. *Science, 237, 985-991*
5. Blumstein, A., Cohen, J. & Farrington, D.P. (1988). Criminal career research: Its value for criminology. *Criminology, 26, p.11*
6. Borduin, C.M., Mann, B.J., Cone, L.T., Henggeler, S.W., Fucci, B.R., Blaske, D.M. & Williams, R.A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 569-578*

7. Craig, M.M. & Click, S.J. (1963). Ten years' experience with the Glueck social prediction table. *Crime and Delinquency*, 9, 249-261
8. Crick, N.R. & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74–101
9. Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). *Abnormal Psychology*. USA: John Wiley & Sons Inc
10. Dodge, K.A. & Frame, C.L. (1982). Social cognitive biases and deficits in aggressive boys. *Child development*, 53, 620-635
11. Emery, R.E. & O' Leary, K.D. (1979). Children's perceptions of marital discord and behaviour problems of boys and girls. Paper presented at the annual meeting of the Association for Advancement of Behaviour Therapy, San Francisco
12. Eysenck, H.J. (1975). Crime as destiny. *New Behaviour*, 9, 46-49
13. Farrington, D.P. (1990). Long-term criminal outcomes of hyperactivity-impulsivity-attention deficit (HIA) and conduct problems in childhood. In Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000). "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company
14. Gibbons, D.C. (1975). *Delinquent Behaviour*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
15. Guerra, N. & Slaby, R. (1990). Cognitive mediators of aggression in adolescent offenders:2. Intervention. *Developmental Psychology*, 26, 269-277
16. Herbert, M. (1982). Conduct disorders. In Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). *Abnormal Psychology*. USA: John Wiley & Sons Inc
17. Hetchman, L., Weiss, G., Perlman, T. et al. (1981). Hyperactives as young adults: Various clinical outcomes. *Adolescence Psychiatry*, 9, 295-306
18. Hinshaw, S.P., Henker, B. & Whalen, C.K. (1984). Cognitive-Behavioural and pharmacologic interventions for hyperactive boys: Comparative and combined effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 739-749
19. Hoffman, M.L. (1970). Moral development. In Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). *Abnormal Psychology*. USA: John Wiley & Sons Inc
20. Huesmann, L.R. & Miller, L.S. (1994). Long-term effects of repeated exposure to media violence in childhood. In Davison
21. Jary, M.L. & Stewart, M.A. (1985). Psychiatric disorder in the parents of adopted children with aggressive conduct disorder. *Neuropsychobiology*, 13, 7-11
22. Καλαντζή-Αζίζι, Α. (1999). Εφαρμοσμένη Κλινική Ψυχολογία στο χώρο του σχολείου – Παρεμβάσεις βασισμένες στις θεωρίες της μάθησης. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα
23. Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000). "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company



24. Kazdin, A.E. (1985). Treatment of antisocial behaviour in children and adolescents. Homewood, IL: Dorsey Press
25. Lahey, B.B., Piacentini, J.C., McBurnett, K., Stone, P., Hartdagen, S. & Hynd, G. (1988). Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 163-170
26. Liebert, R.M., Neale, J.M. & Davidson, E.S. (1973). The early window. Elmsford, NY: Pergamon
27. Loeber, R. (1990). Developmental and risk factors of juvenile antisocial behaviour and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1-41
28. Loeber, R. & Keenan, K. (1994). Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical Psychology Review*, 14, 497-523
29. Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W. & Farrington, D.P. (1989). Development of a new measure of self-reported antisocial behaviour for young children: Prevalence and reliability
30. Loeber, R., Wung, P., Keenan, K., et al. (1993). Developmental pathways in disruptive child behaviour. *Developmental Psychopathology*, 5, 103-133
31. Moffitt, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behaviour: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701
32. Moffitt, T.E., Lynam, D. & Sylva, P.A. (1994). Neuropsychological tests predict persistent male delinquency. *Criminology*, 32, 101-124
33. Offord, D.R., Boyle, M.H., Szatmari, P., Rae-Grant, N.I., Links, P.S., Cadman, D.T., Byles, J.A., Crawford, J.W., Blum, H.M., Byrne, C., Thomas, H. & Woodward, C.A. (1987). Ontario Child Health Study:2. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives of General Psychiatry*, 44, 832-836
34. Patterson, G.R., Crosby, L. & Vuchinich, S. (1992). Predicting risk for early police arrest. *Journal of Quantitative Criminology*, 8, 335-355
35. Robins, L.N. (1978). Sturdy childhood predictors of adult antisocial behaviour: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 8, 611-622
36. Rutter, M. (1971). Parent-child separation: Psychological effects on the children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12, 233-260
37. Ryall, R. (1974). Delinquency: The problem for treatment. *Social Work Today*, 15, 98-104
38. VanKammen, W.B., Loeber, R. & Stouthamer-Loeber, M. (1991). Substance use and its relationship to conduct problems and delinquency in young boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 20, 399-413
39. Walker, J.L., Lahey, B.B., Russo, M.F., Frick, P.J., Christ, M.A.G., McBurnett, K., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. & Green, S.M. (1991). Anxiety, inhibition, and conduct disorder in children: I.

- Relations to social impairment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 187-191
40. Wright, D.S. (1971). *The psychology of moral behaviour*. Harmondsworth, England: Penguin
  41. Χριστοδούλου, Γ.Ν. & συνεργάτες (2004). *Ψυχιατρική*. Αθήνα: ΒΗΤΑ Ιατρικές Εκδόσεις
  42. Zoccolillo, M. & Rogers, K. (1991). Characteristics and outcome of hospitalized adolescent girls with conduct disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 973-981

## Εναντιωτική διαταραχή

### ▪ Εισαγωγή

Πρόκειται για μια λιγότερο γνωστή κατηγορία του DSM, η οποία σχετίζεται με τη Διαταραχή Διαγωγής.(2) Υπάρχει μια διαφορά απόψεων ως προς το αν πρόκειται για μια διαταραχή σαφώς διαχωρισμένη από τη Διαταραχή Διαγωγής ή αν η Εναντιωτική Διαταραχή είναι πρόδρομος ή η αρχική μορφή εκδήλωσης της Διαταραχής Διαγωγής. (2,4)

### ▪ Επιδημιολογία

Το συνολικό ποσοστό επικράτησης της Εναντιωτικής Διαταραχής διαφοροποιείται από έρευνα σε έρευνα και κυμαίνεται από 5.7% έως 9.9%. Σε ό,τι αφορά την παιδική ηλικία, τα αγόρια εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά της Εναντιωτικής Διαταραχής.(3)

### ▪ Διάγνωση

Η διάγνωση της Εναντιωτικής Διαταραχής δίνεται όταν ένα παιδί δεν πληροί τα κριτήρια για τη διάγνωση της Διαταραχής Διαγωγής -ειδικότερα αυτό της έντονης σωματικής επιθετικότητας, αλλά εκδηλώνει συμπεριφορές όπως το να χάνει την ψυχραιμία του, να διαφωνεί με τους ενήλικες και επανειλημμένως να αρνείται να συμμορφωθεί με τις υποδείξεις τους, να προβαίνει εσκεμμένα σε πράξεις που αποσκοπούν στον εκνευρισμό των άλλων, να είναι θυμωμένο, αγενές, ενοχλητικό, ευερέθιστο και εκδικητικό. Το DSM επίσης αναφέρει ότι αυτά τα παιδιά, στην πλειονότητά τους αγόρια, σπάνια αντιλαμβάνονται τις συγκρούσεις τους με τους άλλους σαν δικό τους λάθος, δικαιολογούν την εναντιωτική τους συμπεριφορά επικαλούμενα το γεγονός ότι οι απαιτήσεις των άλλων από τα ίδια είναι παράλογες και εξωπραγματικές.(2)

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Εναντιωτικής Διαταραχής σύμφωνα με το DSM-IV είναι τα ακόλουθα:

A. Ένα μοτίβο αρνητισμικής, επιθετικής και αντιδραστικής συμπεριφοράς του παιδιού που διαρκεί τουλάχιστον 6 μήνες, κατά την διάρκεια των οποίων τέσσερα (ή περισσότερα) από τα παρακάτω χαρακτηριστικά είναι παρόντα:

- (1) συχνά χάνει την ψυχραιμία του
- (2) συχνά διαφωνεί με τους ενήλικες

(3) συχνά αρνείται ενεργά να υπακούσει ή να συμμορφωθεί με τα αιτήματα ή τους κανόνες των ενηλίκων

(4) συχνά ενοχλεί εσκεμμένα άλλους ανθρώπους

(5) συχνά κατηγορεί άλλους για τα δικά του λάθη ή τη δική του απaráδεκτη συμπεριφορά

(6) είναι συχνά ευερέθιστο ή ενοχλείται εύκολα από τους άλλους

(7) είναι συχνά θυμωμένο και προσβλητικό

(8) είναι συχνά κακεντρεχές και εκδικητικό

Σημείωση: Θα πρέπει να λαμβάνεται υπ' όψιν ότι το κριτήριο πληρείται μόνο όταν η συμπεριφορά εκδηλώνεται συχνότερα από ό,τι τυπικά παρατηρείται σε άτομα παρόμοιας ηλικίας και ομοίου αναπτυξιακού επιπέδου.

Β. Η διαταραχή στη συμπεριφορά προκαλεί κλινικά σημαντικές δυσκολίες στην κοινωνική, εκπαιδευτική ή και εργασιακή λειτουργικότητα του παιδιού.

Γ. Οι συμπεριφορές δεν απαντώνται αποκλειστικά κατά την πορεία μιας Ψυχωσικής Διαταραχής ή μιας Διαταραχής της Διάθεσης.

Δ. Δεν πληρούνται τα κριτήρια για διάγνωση της Διαταραχής Διαγωγής και, αν το άτομο είναι 18 ετών ή μεγαλύτερο, δεν πληρούνται τα κριτήρια για την διάγνωση της Αντικοινωνικής Διαταραχής της Προσωπικότητας. (3)

#### ▪ Διαφορική διάγνωση

Θα πρέπει να γίνει διαφοροδιάγνωση από τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα: Η Εναντιωτική Διαταραχή διαφέρει από τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα στο ότι η συμπεριφορά του παιδιού με Εναντιωτική Διαταραχή δεν ξεκινά από τις ανεπάρκειες στη συγκέντρωση και την προσοχή ή απλά και μόνο από παρορμητικότητα. Ένας τρόπος για να κατανοήσει κανείς τη διαφορά των δύο διαταραχών είναι να εστιάσει στο ότι τα παιδιά με Εναντιωτική Διαταραχή φαίνεται να προσχεδιάζουν τη θορυβώδη, ενοχλητική και ανεξέλεγκτη συμπεριφορά τους σε αντίθεση με τα παιδιά που εμφανίζουν Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα. (2)

#### ▪ Συνοσηρότητα

Συνοσηρότητα συχνά εμφανίζει η Εναντιωτική Διαταραχή με τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής με ή χωρίς Υπερκινητικότητα, με τις Μαθησιακές Δυσκολίες και με Δυσκολίες στην επικοινωνία. (2)

### ▪ Πορεία της διαταραχής και πρόγνωση

Η παρουσία των συμπεριφορών της Εναντιωτικής Διαταραχής παρουσιάζει μεγάλη διακύμανση. Κατά την προσχολική ηλικία, οι παροδικές εκδηλώσεις εναντιωτικής συμπεριφοράς είναι κοινές. Ωστόσο, όταν η εναντίωση είναι επίμονη και διαρκεί και πέραν της προσχολικής ηλικίας, η κλιμάκωση της συμπεριφοράς και η εκδήλωση περισσότερο αποδιοργανωμένων συμπεριφορών είναι πολύ πιθανή.(3)

### ▪ Αιτιοπαθογένεια

Ενδιαφέρουσα είναι η παρατήρηση που αναφέρεται στο DSM ότι οι μητέρες που πάσχουν από Κατάθλιψη είναι περισσότερο πιθανό να έχουν παιδιά με Εναντιωτική Διαταραχή.(2) Δεν είναι όμως ξεκάθαρο από τις έρευνες αν η Κατάθλιψη της μητέρας συμβάλλει στην εκδήλωση της διαταραχής στο παιδί ή αν προκαλείται στη μητέρα από τη συμπεριφορά του παιδιού.(1)

### ▪ Θεραπευτικές παρεμβάσεις

Η θεραπεία της Εναντιωτικής Διαταραχής, τη στιγμή που δεν υπάρχει συνοσηρότητα με κάποια άλλη διαταραχή, απαιτεί συμπεριφοριστικές παρεμβάσεις, ψυχοθεραπεία ψυχοδυναμικού τύπου και όχι φαρμακοθεραπεία.(3)

### **Βιβλιογραφία**

1. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4<sup>th</sup> Ed.). Washington, D.C.: author
2. Davison, G.C. & Neale, J.M. (1993). "Abnormal Psychology". USA: John Wiley & Sons Inc
3. Kay, J., Tasman, A. & Lieberman, J.A. (2000). "Psychiatry – Behavioural Science and Clinical Essentials". USA: W.B. Saunders Company
4. Loeber, R., Lahey, B. & Thomas, C. (1991). Diagnostic conundrum of oppositional defiant disorder and conduct disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 379-390

## Περιεχόμενα

### Διαταραχές ελλειμματικής προσοχής και αποδιοργανωτικής συμπεριφοράς

1. Εισαγωγή	2
2. Επιδημιολογία	2
3. Αξιολόγηση	2
4. Διαφορική διάγνωση	3
5. Συνοσηρότητα	4
6. Πορεία της διαταραχής και πρόγνωση	4
7. Αιτιοπαθογένεια	4
8. Θεραπευτικές παρεμβάσεις	5
9. Βιβλιογραφία	6

### Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής με ή χωρίς υπερκινητικότητα

1. Εισαγωγή	7
2. Επιδημιολογία	8
3. Κλινική εικόνα	10
4. Διάγνωση	14
5. Διαφορική διάγνωση	18
6. Συνοσηρότητα	20
7. Πορεία της διαταραχής και πρόγνωση	20
8. Αιτιοπαθογένεια	24
9. Θεραπευτικές παρεμβάσεις και αποτελεσματικότητα	29
10. Βιβλιογραφία	42

### Διαταραχή διαγωγής

1. Εισαγωγή	50
2. Επιδημιολογία	52
3. Κλινική εικόνα	54
4. Διάγνωση	54
5. Διαφορική διάγνωση	56
6. Συνοσηρότητα	57
7. Πορεία της διαταραχής και πρόγνωση	57

8. Αιτιοπαθογένεια	60
9. Θεραπευτικές παρεμβάσεις	65
10. Βιβλιογραφία	70

### **Εναντιωτική διαταραχή**

1. Εισαγωγή	74
2. Επιδημιολογία	74
3. Διάγνωση	74
4. Διαφορική διάγνωση	75
5. Συνοσηρότητα	75
6. Πορεία της διαταραχής και πρόγνωση	76
7. Αιτιοπαθογένεια	76
8. Θεραπευτικές παρεμβάσεις	76
9. Βιβλιογραφία	76