



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΑΤΡΩΝ
UNIVERSITY OF PATRAS

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΠΟΚΑΤΑΣΤΑΣΗΣ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΛΟΓΟΘΕΡΑΠΕΙΑΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ:

«Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και
Υπερκινητικότητας: διερεύνηση απόψεων διαφορετικών θεραπειών»

“Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder from the
perspective of different therapists”

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΝΑΤΑΛΙΑ ΖΙΟΥΛΗ

ΕΠΟΠΤΕΥΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΕΛΕΥΘΕΡΙΑ ΓΕΡΟΝΙΚΟΥ

ΠΑΤΡΑ - 2022

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	- 1 -
Περίληψη.....	- 2 -
Abstract.....	- 3 -
Εισαγωγή.....	- 4 -
Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας.....	- 5 -
Μεθοδολογία.....	- 17 -
Αποτελέσματα.....	- 22 -
Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	- 36 -
Συμπεράσματα.....	- 38 -
Βιβλιογραφία.....	- 39 -

Ευχαριστίες

Προετοιμάζοντας την πτυχιακή μου εργασία δεν περίμενα να δυσκολευτώ τόσο. Τα κατάφερα όμως, με τη βοήθεια της εποπτεύουσας καθηγήτριας μου, Ελευθερία Γερονίκου και τη μεθοδικότητά της. Θέλω πραγματικά να την ευχαριστήσω για τις ακριβείς της κατευθυντήριες οδηγίες και την ψυχολογική στήριξη που μου προσέφερε. Θέλω, επίσης, να ευχαριστήσω την αδερφή μου, Ελευθερία Ζιούλη, που με την εμπειρία της και την υπομονή της, με καθοδήγησε στο πως να δουλεύω μεθοδικά, στηρίζοντας με τις δύσκολες στιγμές.

Τέλος, θέλω να ευχαριστήσω την ξαδέρφη μου, Βασιλική Λάλλου, για την πολύτιμη ψυχολογική υποστήριξη.

Περίληψη

Σκοπός μελέτης: Σκοπός της ερευνητικής εργασίας είναι να εξεταστεί η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) από τις διαφορετικές οπτικές των ειδικοτήτων που απαρτίζουν την διεπιστημονική ομάδα της ΔΕΠΥ. Τα ερευνητικά ερωτήματα που προκύπτουν είναι αν γνωρίζουν οι ειδικοί τη φύση και την ιδιαιτερότητα της Διαταραχής, αν γνωρίζουν τις συνυπάρχουσες καταστάσεις της και πώς την αντιμετωπίζουν.

Μεθοδολογία: Το εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε ήταν η ημιδομημένη συνέντευξη με όργανο μέτρησης ένα πλαίσιο 11 θεματικών ερωτήσεων, οι απαντήσεις των οποίων δημιούργησαν κι άλλες ερωτήσεις κατά τη συνέντευξη, με σκοπό να αναδειχθούν οι στάσεις των ερευνώμενων λεπτομερειακά. Το δείγμα ήταν 12 σε αριθμό, και αποτελούνταν από 3 επαγγελματίες της Παιδοψυχιατρικής, 3 της Ψυχολογίας, 3 της Εργοθεραπείας και 3 της Λογοθεραπείας.

Αποτελέσματα: Συχνά παρατηρούνται συμπτώματα διάσπασης προσοχής στα περιστατικά όλων των θεραπειών. Η γνώση του συνόλου των συννοσηρών ψυχικών και γλωσσικών καταστάσεων συμβαίνει κυρίως από τους Ψυχοθεραπευτές. Όλοι οι θεραπευτές αξιολογούν-με βάση την ειδικότητά τους- από κλινική εκτίμηση. Η χρήση διαγνωστικών τεστ δεν εγκρίνεται από όλους. Η αντιμετώπιση που υποστηρίζεται συνήθως είναι ο συνδυασμός Ψυχοθεραπείας, Συμβουλευτικής, Εργοθεραπείας και Λογοθεραπείας. Η διατήρηση των μακροχρόνιων οφελών δεν επιβεβαιώνεται από όλους.

Συμπεράσματα-Κλινικές Προεκτάσεις: Οι Ψυχοθεραπευτές έχουν γνώση της φύσης και της ιδιαίτερης ετερογένειας της διαταραχής, αλλά εκλείπουν ως προς την κοινή ερμηνεία των χαρακτηριστικών της. Οι Εργοθεραπευτές και οι Λογοθεραπευτές εκλείπουν ως προς τη γνώση της διαταραχής και των συννοσηρών καταστάσεών της .

Abstract

Purpose of the study: The purpose of the research is to examine the Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) from the perspective of different therapists that make up the interdisciplinary team of ADHD. The research questions that arise are whether experts are aware of the nature and specificity of the Disorder, whether they are aware of its comorbid conditions and how they treat it.

Methodology: The tool used was the semi-structured interview with a measuring instrument a framework of 11 thematic questions, the answers to which created other questions during the interview, in order to highlight the attitudes of the respondents in detail. The sample was 12 in number, and consisted of 3 professionals in Child Psychiatry, 3 in Psychology, 3 in Occupational Therapy and 3 in Speech Therapy.

Results: ADHD is common in all therapists. The knowledge of all the comorbid mental and linguistic states occurs mainly by the Psychotherapists. All therapists evaluate - based on their specialty - from a clinical assessment. The use of diagnostic tests is not approved by everyone. The treatment usually supported is a combination of Psychotherapy, Counseling, Occupational Therapy and Speech Therapy. Maintaining long-term benefits is not confirmed by everyone.

Conclusions-Clinical Extensions: Psychotherapists are aware of the nature and particular heterogeneity of the disorder, but are lacking in common interpretation of its characteristics. Occupational Therapists and Speech Therapists are lacking in knowledge of the disorder and its comorbid conditions.

Εισαγωγή

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι μία νευροαναπτυξιακή διαταραχή με βασικά συμπτώματα τη διάσπαση προσοχής, την παρορμητικότητα με ή χωρίς την υπερκινητικότητα. Η προέλευσή της πιθανόν οφείλεται σε ένα συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων, κατά την πρώιμη ηλικία του ατόμου. Η έγκαιρη και κατάλληλη διάγνωση και αντιμετώπιση από τους ειδικούς είναι απαραίτητη για την ψυχική υγεία του ατόμου που επηρεάζει όλες τις πτυχές της ζωής του (American Psychiatric Association, 2013). Η διαταραχή έχει περιγραφεί με βάση τους τύπους, τα χαρακτηριστικά, την ηλικία, το φύλο, τη θεραπεία, τη διάρκεια, τη συννοσηρότητα, καθώς και τις διαφορές στη νευροανατομική δομή και λειτουργία.

Σύμφωνα με την Αμερικάνικη Ψυχιατρική Εταιρεία, ο επιπολασμός των παιδιών με ΔΕΠΥ εκτιμάται στο 8.4% (Danielson et al.,2018)., ενώ των ενηλίκων στο 2.5% (Simon et al., 2009). Ωστόσο η διεθνής βιβλιογραφία τονίζει ότι αυτά τα αποτελέσματα τείνουν να αποκλίνουν από την πραγματικότητα, γεγονός που οφείλεται στα διαφορετικά διαγνωστικά κριτήρια που χρησιμοποιούνται από τους ερευνητές Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV/V (DSM IV/V) ή International Classification of Diseases 10/11 (ICD-10/11), τον αριθμό των πληροφοριοδοτών για το άτομο με ΔΕΠΥ και τα χαρακτηριστικά του δείγματος πληθυσμού που ανήκει. Στους ενήλικες τείνει να υπάρχει μεγαλύτερη ανακρίβεια στα ποσοστά, γιατί είναι συνήθως ένας ο πληροφοριοδότης, ο ίδιος. Επίσης τα διαγνωστικά κριτήρια πριν την έκδοση του DSM V δεν περιελάμβαναν κατευθυντήριες γραμμές για τη διαταραχή στους ενήλικες (Erstein & Loren, 2013). Συνεπώς, υπάρχει μία διχογνωμία στη διάγνωση. Από που ξεκινάει μία αδυναμία συγκέντρωσης να θεωρείται διαταραχή και ποιες άλλες δυσκολίες-διαταραχές συνυπάρχουν;

Στην ειδικότητα της λογοθεραπείας, συχνά παρατηρούνται πραγματολογική διαταραχή (Staikova et al., 2013) και Μαθησιακές Δυσκολίες (ΜΔ) (Mayes et al.,

2000) σε παιδιά με ΔΕΠΥ που χρήζουν αντιμετώπισης, τόσο για τις ίδιες τις διαταραχές όσο και για την κοινωνική επίπτωση που έχει στο άτομο. Σκοπός της ερευνητικής εργασίας είναι να εξεταστεί η ΔΕΠΥ από τις διαφορετικές οπτικές, όχι μόνο των λογοθεραπευτών, αλλά και των υπολοίπων ειδικοτήτων που απαρτίζουν την διεπιστημονική ομάδα.

Ο τρόπος που επιλέχθηκε να γίνει ήταν με τη διεξαγωγή ημιδομημένων συνεντεύξεων σε τέσσερις διαφορετικές ειδικότητες, τρία άτομα από την κάθε ειδικότητα. Συγκεκριμένα, από λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ψυχολόγους, ψυχιάτρους. Η ημιδομημένη συνέντευξη βασίστηκε σε ένα πλαίσιο έντεκα ερωτήσεων που αφορούν διαδικασίες αξιολόγησης-διάγνωσης και θεραπευτικές προσεγγίσεις. Παράλληλα κατά τη συνέντευξη, λόγω και της φύσης της, ημιδομημένη, έγιναν επιπλέον ερωτήσεις που προέκυψαν βάση των απαντήσεων των θεραπευτών.

Λόγω αυτού, η παρούσα ερευνητική εργασία παρουσιάζει αρχικά πρόσφατες μελέτες που έχουν εκπονηθεί για την εις βάθος κατανόηση της ΔΕΠΥ και τις ελλείψεις της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, ακολουθεί η μεθοδολογία με τα επιμέρους στοιχεία της έρευνας μου και τα αποτελέσματά της. Τέλος, γίνεται ερμηνεία των αποτελεσμάτων και ένα γενικό συμπέρασμα της εργασίας.

Ανασκόπηση Βιβλιογραφίας

Ιστορική Αναδρομή

Η πρώτη πιθανή βιβλιογραφική αναφορά της ΔΕΠΥ καταγράφηκε από το Σκωτσέζο γιατρό, Sir Alexander Crichton το 1798 (Lange et al., 2010; Palmer & Finger, 2001). Ύστερα από μία σειρά ταξιδιών που πραγματοποίησε σε Ευρωπαϊκές χώρες για την επιστήμη του (Tansey, 1984) απέκτησε μία κλινική εμπειρία που τον οδήγησε να αναπτύξει έντονο ενδιαφέρον για τις ψυχικές ασθένειες (Palmer & Finger, 2001). Το 1798 εκδόθηκε ένα έργο του, σε μία σειρά τριών βιβλίων, με όνομα : “*An inquiry*

into the nature and origin of mental derangement: comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects” (= Μια έρευνα για τη φύση και την προέλευση της ψυχικής διαταραχής: κατανόηση ενός συνοπτικού συστήματος της φυσιολογίας και της παθολογίας του ανθρώπινου νου και μιας ιστορίας των παθών και της επίδρασής τους). Το δεύτερο κεφάλαιο του δεύτερου τόμου ονομάζεται *“On Attention and its Diseases”* (=Για την Προσοχή και τις ασθένειές της). *“When any object of external sense, or of thought, occupies the mind in such a degree that a person does not receive a clear perception from any other one, he is said to attend to it”* (=Όταν οποιοδήποτε αντικείμενο εξωτερικής αίσθησης ή σκέψης απασχολεί το νου σε τέτοιο βαθμό που ένα άτομο δεν έχει ξεκάθαρη αντίληψη από κανένα άλλο, λέγεται ότι το παρακολουθεί) είναι η αρχή του κεφαλαίου, δίνοντας τον ορισμό της Προσοχής (Crichton, 1798). Κατά τον Crichton (1798) η απόσπαση της προσοχής δε συνδέεται απαραίτητα με παθολογικές αιτίες. Μπορεί να αποσπαστεί κανείς λόγω νοητικών ερεθισμάτων, βούλησης ή επιπέδου δεξιότητας προσοχής, στην οποία το επίπεδο εκπαίδευσης συμβάλει δραστικά στην υγιή ανάπτυξή της. Οι δύο νοσηρές αλλοιώσεις που είναι πιθανό να υπάρξουν στην προσοχή είναι αρχικά η αδυναμία παρακολούθησης σε ένα κατάλληλο βαθμό σταθερότητας ένα οποιοδήποτε αντικείμενο. Η δεύτερη είναι μία καθολική αναστολή των επιδράσεων της στον εγκέφαλο (Crichton, 1798). Την αιτιολογία την αποδίδει σε μία αφύσικη υπερευαισθησία των νεύρων που είτε γεννιέται κανείς με αυτή την ιδιαιτερότητα στα νεύρα είτε την αποκτά ως αποτέλεσμα ενός συνόλου ασθενειών (Crichton, 1798).

Αργότερα, δημιουργήθηκε στα μέσα του 19ου αιώνα μία αλληγορική εικόνα ατόμου με ΔΕΠΥ σε παραμύθια με το όνομα “Zappelphilipp”. Ο συγγραφέας τους είναι ένας γερμανός Γιατρός που εξειδικεύτηκε στην ψυχιατρική (Lange et al., 2010). Ο Sir George Frederick Still, βρετανός παιδίατρος (Lange et al., 2010), περιέγραψε το 1902 σε διάλεξη Goulstonian-διαλέξεις που λάμβαναν χώρα στο Royal College of Physicians of London και έπειτα τυπώνονταν για το κοινό (Palmer & Finger,

2001)- 20 περιπτώσεις παιδιών με “*defect of moral control as a morbid manifestation, without general impairment of intellect and without physical disease*”(= έλλειμμα ηθικού ελέγχου ως νοσηρή εκδήλωση και χωρίς σωματική ασθένεια) (Still, 1902).

Το 1932 οι γιατροί Franz Kramer και Hans Pollnow (Lange et al., 2010) μιλούν για μία “*Über eine hyperkinetische Erkrankung im Kindesalter*” που σημαίνει ‘Για μία υπερκινητική ασθένεια στην παιδική ηλικία’ με χαρακτηριστικό σύμπτωμα, την έντονη κινητική ανησυχία (Neumärker, 2005).

Τύπος, Υπότυποι και Σοβαρότητα

Σήμερα λοιπόν μιλάμε για ένα κλινικό προφίλ συμπεριφοράς που παρουσιάζει νευρικότητα, υπερκινητικότητα, αδυναμία προσοχής ή συγκέντρωσης και παρορμητικότητα (Barkley & Peters, 2012)

Με βάση τα κριτήρια του DSM-V το παιδί χρειάζεται να έχει εμφανίσει τα περισσότερα συμπτώματα της ΔΕΠΥ πριν την ηλικία των 12 χρόνων. Τα συμπτώματα -που χρειάζεται να είναι παρόντα για τουλάχιστον 6 μήνες - περιλαμβάνουν τη διάσπαση προσοχής (αδυναμία συγκέντρωσης), την υπερκινητικότητα (άσκοπη υπερβολική κίνηση του σώματος) και την παρορμητικότητα (βιαστικές κινήσεις χωρίς σκέψη) (American Psychiatric Association, 2013).

Οι τρεις υπότυποι της Διαταραχής είναι ο τύπος Διάσπασης Προσοχής, ο τύπος Υπερκινητικότητας και Παρορμητικότητας και ο τύπος Σε Συνδυασμό (American Psychiatric Association, 2013).

Σε έρευνα με αντικείμενο εξέτασης τα διαφορετικά συμπεριφορικά χαρακτηριστικά των υποτύπων της ΔΕΠΥ, σε δείγμα πληθυσμού παιδιών σχολικής ηλικίας διαφορετικών εθνικών προελεύσεων, το 56% αφορούσε τον τύπο Διάσπασης Προσοχής, το 21% τον τύπο Υπερκινητικότητας και Παρορμητικότητας και το 23% τον τύπο Σε Συνδυασμό. Κατόπιν της αξιολόγησης της συμπεριφορικής παρουσίας, της ακαδημαϊκής επίδοσης και των κοινωνικών δεξιοτήτων των ατόμων

διαπιστώθηκε ότι ο τύπος Διάσπασης Προσοχής έχει καταλληλότερη συμπεριφορά σε σχέση με τους άλλους δύο τύπους της ΔΕΠΥ. Επίσης ο τύπος Διάσπασης Προσοχής παρουσιάζει ελλείμματα σε όλους τους τομείς. Ο τύπος Υπερκινητικότητας και Παρορμητικότητας αντιμετωπίζει προβλήματα κοινωνικοποίησης και διαταραχές εξωτερίκευσης (εκρήξεις θυμού, λογομαχίες, προκλητική συμπεριφορά), χωρίς κάποια ιδιαίτερη μαθησιακή δυσκολία. Τέλος, ο τύπος Σε Συνδυασμό παρουσίασε κλινικό προφίλ με σοβαρές και διάχυτες βλάβες σε όλους τους τομείς (Gaub & Carlson, 1997).

Σε άλλη ερευνητική μελέτη διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς με τύπο Διάσπασης Προσοχής είναι κυρίως κορίτσια (Μ.Ο. ηλικίας τα 12 έτη) με διαταραχές εσωτερίκευσης (άγχος, κατάθλιψη, φοβίες) και μαθησιακές δυσκολίες. Επίσης έχουν 2 έως 5 φορές περισσότερες πιθανότητες να αναπτύξουν διαταραχές λόγου και ομιλίας (Weiss et al., 2003). Επιπρόσθετες και ενδιαφέρουσες πληροφορίες για τους άλλους δύο τύπους είναι ότι πιθανόν ο τύπος Υπερκινητικότητας και Παρορμητικότητας αποτελεί πρόδρομο του τύπου Σε Συνδυασμό. Τα ευρήματα της μελέτης υποστηρίζουν ότι ίσως η ΔΕΠΥ δεν αποτελεί μεμονωμένη διαταραχή, αλλά ένα σύμπλεγμα διαταραχών που συνδέονται λόγω μίας κοινής αιτιολογικής γειτνίασης (Barkley, 2007).

Το DSM-V (2013) προτείνει πιο βαθύ και αντικειμενικό προσδιορισμό της διαταραχής σε ήπια, μέτρια και σοβαρή.

Όσον αφορά διαφορές στο φύλο και την ηλικία των ασθενών με ΔΕΠΥ, έρευνα που εκπονήθηκε το 2010, σε μεγάλο δείγμα πληθυσμού, είχε αντικείμενο μελέτης τον εντοπισμό διαφορών στο φύλο και την ηλικία ατόμων διαγνωσμένων με ΔΕΠΥ. Οι ηλικίες που εξετάστηκαν ήταν η παιδική ηλικία (7 έως 12 ετών), η εφηβική ηλικία (13 έως 17 ετών) και η ενήλικη ζωή (18 έως 29 ετών). Στα παιδιά βρέθηκε η αναλογία αγοριών προς κοριτσιών 2.09:1, στους εφήβους 2.56:1, υπέρ των αγοριών, και στους νεαρούς ενήλικες η αναλογία ανδρών προς γυναικών εκτιμάται στο 2.15:1. (Ramtekkar et al., 2010).

Η διαταραχή επηρεάζεται και από την κυρίως γλώσσα που ομιλείται από τον ασθενή. Τα παιδιά που μιλούν την αγγλική γλώσσα στο σπίτι τους, έχουν τέσσερις φορές περισσότερες πιθανότητες να διαγνωστούν με ΔΕΠΥ από τα παιδιά που μιλούν άλλη γλώσσα στο σπίτι τους (Visser et al., 2014).

Η ΔΕΠΥ επηρεάζει όλες τις φυλές, ανεξαιρέτως. Έρευνα που παρουσίασε αποτελέσματα από ανάλυση δεδομένων της National Survey of Children's Health (NSCH) των Ηνωμένων Πολιτειών, εκτίμησε σε ποσοστά επιπολασμού τα παιδιά λευκής φυλής σε 9.8%, της μαύρης φυλής σε 9.5% και των λατίνων σε 5.5% (Visser et al., 2014).

Αιτιολογία

Η προέλευση της διαταραχής διερευνάται ακόμη από τους επιστήμονες. Παρόλα αυτά έχει προταθεί ότι η ΔΕΠΥ ίσως προκύπτει από ένα συνδυασμό γενετικών και περιβαλλοντικών παραγόντων (Thapar et al., 2013).

Γενετικά ευρήματα που ίσως να αποτελούν κίνδυνο για την εμφάνιση ΔΕΠΥ, δείχνουν μικρά ποσοστά επίδρασης στη διαταραχή, αλλά συχνά αυξάνουν την πιθανότητα νοσηρής ψυχικής λειτουργίας (Thapar et al., 2013). Νευροβιολογικά, ΔΕΠΥ και ψυχιατρικές διαταραχές εμπλέκονται σε παρόμοιες περιοχές στη χαρτογράφηση του εγκεφάλου (Klassen et al., 2010). Μελέτες πάνω στις νευροαπεικονίσεις του εγκεφάλου υποδεικνύουν μία ασθενέστερη και αποδυναμωμένη λειτουργία και δομή στον προμετωπιαίο φλοιό, κυρίως του δεξιού ημισφαιρίου. Ο προμετωπιαίος φλοιός είναι υπεύθυνος για τη ρύθμιση της συμπεριφοράς, της συναισθηματικής έκφρασης, της προσοχής και της συγκέντρωσης, και ειδικότερα στο δεξί ημισφαίριο και για τον ανασταλτικό έλεγχο (Arnsten, 2009).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες περιλαμβάνουν την έκθεση σε ουσίες, τη διατροφή του ασθενούς και τον ψυχοκοινωνικό τρόπο ζωής του (Froehlich et al, 2011). Για την έκθεση σε ουσίες, αξιολογήθηκαν το κάπνισμα, το αλκοόλ, η ηρωίνη και η καφεΐνη και διαπιστώθηκε ότι συμβάλλουν στην εμφάνιση της σε μικρό, ίσως και

ασήμαντο βαθμό (Langley et al., 2012; Nigg et al., 2010; Ornoy et al., 2010; Bekkhus et al., 2010).

Για τη διατροφή υπάρχει μία συσχέτιση μεταξύ χαμηλών επιπέδων Ψευδαργύρου και εμφάνιση συμπτωμάτων ΔΕΠΥ (Sinn, 2008), αλλά κατά τα άλλα υπάρχουν φτωχές ενδείξεις συσχέτισης διατροφής με ΔΕΠΥ (Froehlich et al, 2011).

Σχετικά με τον τρόπο ζωής, η κακοποίηση στην παιδική ηλικία και η υπερβολική έκθεση στην οθόνη αποτελούν πολύ σημαντικούς παράγοντες εμφάνισης ΔΕΠΥ. Μεγάλη έρευνα εξέτασε την έκθεση παιδιών στη βία από την ηλικία των 2 έως και 4 ετών, και διαπιστώθηκε σε μεγάλο βαθμό ανάπτυξη συναισθημάτων κατάθλιψης, φόβου, άγχους αποχωρισμού, μετατραυματικού στρες και περισσότερο από τρεις φορές πιθανότερο να εμφανίσουν συμπτώματα ΔΕΠΥ (Briggs-Gowan et al., 2010). Ποια είναι η σχέση μεταξύ της πρώιμης έκθεσης στην οθόνη και τα επακόλουθα προβλήματα προσοχής; Η πρώιμη έκθεση παιδιών στην τηλεόραση εξετάστηκε με βάση τρία είδη περιεχομένου, εκπαιδευτικού, μη βίαιου ψυχαγωγικού και βίαιου ψυχαγωγικού, και τα επακόλουθα προβλήματα στην προσοχή των παιδιών. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η παρακολούθηση εκπαιδευτικής τηλεόρασης από παιδιά μικρότερα της ηλικίας των 3 ετών δε σχετίζεται με προβλήματα προσοχής 5 χρόνια αργότερα, σε σχέση με τα παιδιά που η παρακολούθηση βίαιου ή μη βίαιου ψυχαγωγικού περιεχομένου σχετίζεται με προβλήματα προσοχής ύστερα από 5 χρόνια. Μάλιστα τα παιδιά από 0 έως 36 μηνών που παρακολουθούσαν κατά μέσο όρο μία ημέρα ημερησίως βίαιες ψυχαγωγικές εκπομπές, είχαν σχεδόν διπλάσιες πιθανότητες να αποκτήσουν προβλήματα προσοχής τα επόμενα πέντε χρόνια (Zimmerman & Christakis, 2007).

Επιπολασμός

Όπως προαναφέρθηκε, ο επιπολασμός παιδιών και εφήβων εκτιμάται στα 8.4% (Danielson et al., 2018). Μεγάλη έρευνα όμως που διεξήχθει το 2021, με συστηματική ανασκόπηση 334 δημοσιευμένων μελετών σε παιδιά και εφήβους, αναφέρει ότι η ΔΕΠΥ είναι υπερδιαγνωσμένη, και πολλές φορές παιδιά και έφηβοι

με άλλες παθήσεις, όπως καρκίνος, λαμβάνουν τη λανθασμένη διάγνωση της ΔΕΠΥ (Kazda et al., 2021). Είναι όμως πράγματι διαταραχή προσοχής ή η προσοχή και η συγκέντρωση τους εκλείπει ως ένα φυσικό παρελκόμενο της ασθένειας ή κατάστασης που βιώνουν; Άλλη έρευνα που διεξήχθη για τη διερεύνηση της λανθασμένης διάγνωσης φανερώνει φτωχή κατανόηση της διαταραχής από την επιστημονική κοινότητα, καθώς δίνονται σημαντικά υψηλότερα ποσοστά διάγνωσης σε παιδιά και εφήβους που γεννήθηκαν λίγες ημέρες πριν τη λήξη του έτους, λόγω μίας εμφανούς και φυσιολογικής ανωριμότητας σχετικά με τους συνομηλίκους τους. Επίσης τα αγόρια τείνουν να λαμβάνουν μεγαλύτερα ποσοστά διάγνωσης από τα κορίτσια, λόγω της φυσικής υπερκινητικότητας τους σε σχέση με τα δεύτερα. Το φύλο και η ηλικία σε μία σχολική αίθουσα πρέπει να λαμβάνονται πιο σοβαρά υπόψη κατά τη διάγνωση που δίνεται (Ford-Jones, 2015). Το ίδιο φαινόμενο περιγράφεται και σε μελέτη που έγινε στο Ισραήλ σχετικά με τις διαφορές που εντοπίζονται στο επίπεδο προσοχής των παιδιών με βάση την ηλικία τους στη σχολική αίθουσα, το φύλο κ.α. (Hoshen et al., 2016). Οι παραπάνω μελέτες φανερώνουν την αδυναμία να ορισθεί τότε μία αδυναμία συγκέντρωσης θεωρείται διαταραχή και τότε ως μια δεξιότητα, που λόγω συνθηκών, αναπόφευκτα ατροφεί. Η υποψία μίας κλινικής κατάστασης ξεκινάει όταν ο γονιός ή ο δάσκαλος βλέπει ότι το παιδί δυσκολεύεται να καθίσει για πολύ ώρα στη θέση του, να εστιάσει την προσοχή του για πολύ ώρα σε ένα παιχνίδι, ένα διάλογο, μία δραστηριότητα και να διαχειριστεί κατάλληλα τις διαπροσωπικές του σχέσεις. Αυτό το πιθανό κλινικό πρόβλημα ίσως να έχει αντίκτυπο και στην ακαδημαϊκή επίδοση από την προσχολική ηλικία έως και την εφηβεία (Daley & Birchwood, 2010). Ο γιατρός που θα δει λοιπόν το παιδί συνήθως θα εξάγει τη διάγνωση της ΔΕΠΥ βασισμένος στις παρατηρήσεις και πεποιθήσεις των γονιών και των δασκάλων, χωρίς να έχει ο ίδιος θέσει υπο ολοκληρωμένη αξιολόγηση το παιδί ή τον έφηβο (Sciutto & Eisenberg, 2007). Μάλιστα ερευνητική εργασία παρουσίασε αποτελέσματα που φανερώνουν την έλλειψη τήρησης των διαγνωστικών εγχειριδίων από ψυχιάτρους, ψυχολόγους

και κοινωνικούς λειτουργούς που οδηγεί στην υπερδιάγνωση της ΔΕΠΥ, λόγω των πολύ αναγνωρίσιμων συμπτωμάτων της (Bruchmüller et al., 2012).

Συννοσηρότητα

Σε δείγμα πληθυσμού παιδικής ηλικίας διερευνήθηκε αν η ΔΕΠΥ, η Αγχώδη Διαταραχή και η Διαταραχή Συμπεριφοράς με Εναντιωματική Προκλητική Συμπεριφορά πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν ως ξεχωριστές επιστημονικές οντότητες. Σκοπός ήταν να βελτιωθεί η διαγνωστική και θεραπευτική προσέγγιση. Απο το δείγμα που λήφθηκε το 70% των περιπτώσεων με ΔΕΠΥ αντιμετώπιζε παράλληλα και από μία τουλάχιστον ψυχιατρική διαταραχή (Jensen et al., 2001). Βιβλιογραφική ανασκόπηση που εξέτασε τις συννοσηρότητες της ΔΕΠΥ έδειξε ότι συνυπάρχει με Διαταραχή Συμπεριφοράς σε ποσοστό 30 έως 50%, με Εναντιωματική Προκλητική Συμπεριφορά σε τουλάχιστον 35%, με Διαταραχές Διάθεσης σε 15 έως 75%, με Αγχώδη Διαταραχή σε 25% κατά προσέγγιση, με Μαθησιακές Δυσκολίες (ΜΔ) σε ποσοστό 10 έως 92% και τέλος με μεγαλύτερο επιπολασμό της διαταραχής κατά τρεις με τέσσερις φορές περισσότερο σε παιδιά με νοητική υστέρηση από παιδιά με νοητικό δυναμικό εντός φυσιολογικών πλαισίων. Το δείγμα περιείχε άτομα από προσχολική ηλικία μέχρι και ενήλικες (Biederman et al., 1991).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες μελετήθηκε σε δείγμα παιδικού πληθυσμού οι συννοσηρότητες της Διαταραχής Αυτιστικού Φάσματος (ΔΑΦ), τα παιδιά με διάγνωση ΔΑΦ και ΔΕΠΥ ανέρχονται σε ποσοστό 42%. Ενώ το ποσοστό συννοσηρότητας ΔΑΦ, ΔΕΠΥ και ΜΔ στο 17%. Δηλαδή το 59% των περιπτώσεων ΔΑΦ αντιμετωπίζει τη συνυπάρχουσα κατάσταση της ΔΕΠΥ (Stevens et al., 2016). Ο επιπολασμός των ατόμων με Σύνδρομο Tourette και ΔΕΠΥ σε παγκόσμιο επίπεδο εμφανίζει ποσοστό 55% (Freeman & Tourette Syndrome International Database Consortium, 2007).

Σε έρευνα του 2000 το 70% των παιδιών με διάγνωση ΔΕΠΥ είχαν παράλληλα και ΜΔ. Οι ΜΔ στη γραφή ήταν δύο φορές πιο κοινές από τις ΜΔ στην ανάγνωση, τα Μαθηματικά και την ορθογραφία (Mayes et al., 2000).

Οι πραγματολογικές δεξιότητες παρουσιάζουν επίσης σημαντικά ελλείμματα στο γλωσσικό επίπεδο του παιδιού (Staikova et al., 2013).

Παράλληλα παρατηρείται ότι αυτή η αδυναμία συγκέντρωσης συνυπάρχει και με σωματικά προβλήματα υγείας, όπως φλεγμονές του αναπνευστικού συστήματος (Fasmer et al., 2011), δερματολογικά προβλήματα (Hak et al., 2013), λειτουργικές γαστρεντερικές διαταραχές (Kedem et al., 2020) και μειωμένους μηχανισμούς ανοσοαπόκρισης (Leffa et al., 2018).

Είναι επίσης γνωστό ότι η συννοσηρότητα με ΔΕΠΥ δεν παρουσιάζει ομοιογένεια. Παιδιά προσχολικής ηλικίας και παιδιά σχολικής ηλικίας που πάσχουν από Διπολική Διαταραχή και ΔΕΠΥ προσεγγίζουν το ποσοστό 60 έως 90%, ενώ το 22% των παιδιών με πρωταρχική διάγνωση ΔΕΠΥ θα εμφανίσουν και Διπολική Διαταραχή (Wilens et al., 2003). Τα άτομα που πάσχουν από Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας κατά 40% περίπου θα λάβουν και διάγνωση ΔΕΠΥ, ενώ τα άτομα που έχουν ως πρωταρχική διάγνωση τη ΔΕΠΥ, η Οριακή Διαταραχή Προσωπικότητας δεν εμφανίζεται το ίδιο συχνά (Ferrer et al., 2010). Κατά τη Heidbreder (2015) η ΔΕΠΥ δεν είναι μία μεμονωμένη ψυχιατρική διαταραχή που διαιρείται σε πολλούς υπότυπους, αλλά μία έκπτωση δεξιοτήτων προσοχής και συγκέντρωσης-ένα σύμπτωμα- που χρήζει να αντιμετωπίζεται ως δείκτης εντοπισμού βαθύτερων ψυχιατρικών διαταραχών. Η άποψη αυτή βασίζεται στη μεγάλη συμπτωματολογική ετερογένεια που παρουσιάζουν μεταξύ τους τα άτομα με διάγνωση ΔΕΠΥ. Ειδικότερα, η επονομαζόμενη ετερογένεια περιλαμβάνει μαθησιακές δυσκολίες, ψυχιατρικές διαταραχές και νευροαναπτυξιακές διαταραχές στην παιδική ηλικία, την εφηβεία και την ενήλικη ζωή του ατόμου.

Οι παραπάνω καταστάσεις δημιουργούν σοβαρές εκπτώσεις στη λειτουργικότητα και τις ψυχοκοινωνικές δεξιότητες του ατόμου. Ενήλικες από 18 έως 64 ετών

αναφέρουν δυσκολίες στις διαπροσωπικές τους σχέσεις και χαμηλή αυτοεκτίμηση λόγω της μειωμένης καθημερινής τους παραγωγικότητας στον επαγγελματικό τους χώρο και το σπίτι τους (Biederman & Faraone, 2006; Das et al., 2012). Στους νεαρούς ενήλικες με ΔΕΠΥ συναντώνται και εκπαιδευτικές δυσκολίες στον ακαδημαϊκό τομέα (DuPaul et al., 2009). Οι Wilens & Dodson (2004) σημειώνουν υψηλά ποσοστά ακαδημαϊκής αναστολής και εγκατάλειψης από διαγνωσμένους φοιτητές. Αργότερα στη ζωή, είναι πιο πιθανό, από τον υπόλοιπο τυπικό πληθυσμό, να υπάρξουν διαζύγια στους ενήλικες με ΔΕΠΥ. Σε ερευνητική εργασία δείγματος 1001 ενηλίκων καταγράφεται το ποσοστό 28% των ατόμων με ΔΕΠΥ να είναι διαζευγμένο, ενώ μόνο 15% των ατόμων χωρίς ΔΕΠΥ είναι διαζευγμένο (Biederman et al., 2006). Επίσης, τα ελλείμματα στη λειτουργικότητα-οργάνωση, προγραμματισμός- επιφέρουν οικονομικά προβλήματα και στρες, που απορρέει από αυτά, που ξεκινούν από την εφηβεία (14 ετών) και συνεχίζουν έως την ενήλικη ζωή (έως και 37 ετών, στο δείγμα) (Brook et al., 2013).

Μια άλλη πτυχή της καθημερινότητας των ενήλικων ασθενών που επηρεάζεται αισθητά είναι η οδήγηση. Η οδηγική συμπεριφορά ατόμων με ΔΕΠΥ αξιολογήθηκε και διαπιστώθηκε ότι έχει πολλές περισσότερες παραβιάσεις, παραλείψεις και λάθη από την οδηγική συμπεριφορά τυπικού πληθυσμού (Fried, et al., 2006). Μελέτες αναφέρουν προβλήματα θυμού, επιθετικότητας και αδυναμίας αυτοελέγχου σε πάρα πολλούς εφήβους και ενήλικες με ΔΕΠΥ (Ramirez et al., 1997). Το 42 με 47% των οδηγών με διάγνωση ΔΕΠΥ είχαν αυξημένο ποσοστό σοβαρών ατυχημάτων κατά την οδήγηση, σε σύγκριση με άτομα χωρίς τη διάγνωση, εξίσου σε άντρες και γυναίκες. Το δείγμα αντιπροσώπευε πληθυσμό ηλικίας 18 έως 47 ετών (Chang et al., 2014).

Έρευνα στη Δανία που κατέγραψε τη θνησιμότητα ατόμων με ΔΕΠΥ σε παιδιά, εφήβους και ενήλικες, εξέδωσε το συμπέρασμα ότι έχουν μειωμένο προσδόκιμο ζωής και υπερδιπλάσιο κίνδυνο θανάτου σε σχέση με άτομα που δεν πάσχουν από τη διαταραχή (Dalsgaard et al., 2015).

Διαφορετικές Ειδικότητες-Διαφορετική Προσέγγιση των πραγμάτων

Ψυχιατρική

Στην Ψυχιατρική μία θεραπευτική προσέγγιση που υποστηρίζεται είναι η χορήγηση φαρμάκων. Προτείνονται δύο επιλογές διεγερτικών, οι αμφεταμίνες και η μεθυλφαινιδάτη (Chermá et al., 2017), οι οποίες όμως δεν επιδρούν εξίσου το ίδιο στον κάθε ασθενή (Sharma & Couture, 2014). Έχει αποδειχθεί ότι η διεγερτική θεραπεία μειώνει την εμφάνιση Αγχώδους Διαταραχής, Κατάθλιψης και προκλητικής συμπεριφοράς (Biederman et al., 2009), όπως και υπερκινητικότητας (Advokat, 2009). Παρόλα αυτά δε υπάρχουν ενδείξεις ότι με τη χορήγησή τους βελτιώνονται οι μαθησιακές δυσκολίες και η ακαδημαϊκή επίδοση (Advokat, 2009). Μήπως όμως λόγω των παραπάνω οφελών τα διεγερτικά συνταγογραφούνται σε υπερβολικό βαθμό; Το 2014 σε δείγμα πληθυσμού παιδιών και εφήβων (5 έως και 13 ετών) δύο πολιτειών της Αμερικής, βρέθηκε ένας επιπολασμός διαγνωσμένων με ΔΕΠΥ ατόμων, 8.7% για την Α' πολιτεία και 10.6% για τη Β' πολιτεία. Από τα άτομα που λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή στην πρώτη, μόνο το 39.5% πληρούσε τα κριτήρια της διάγνωσης ΔΕΠΥ, ενώ στη δεύτερη το 28.3% (Wolraich et al., 2014). Τα άτομα λοιπόν που λαμβάνουν την αγωγή, κατά πόσο ωφελούνται πραγματικά, με βάση το ξεχωριστό κλινικό προφίλ που έχουν; Η Heidbreder (2015) αναφέρει ότι η χορήγηση διεγερτικών σε όλους τους ασθενείς με ΔΕΠΥ δίνεται παγκοσμίως χωρίς να ληφθεί υπόψιν η μοναδικότητα στο συνδυασμό συμπτωμάτων και λειτουργικών ελλειμμάτων του ασθενή. Επίσης, η χρόνια χορήγηση διεγερτικών είναι πιθανό να προκαλέσει σοβαρές παρενέργειες στον οργανισμό (Volkow & Inset, 2013).

Άλλη θεραπευτική προσέγγιση που υποστηρίζεται από τους ειδικούς της ψυχικής υγείας είναι η ψυχοθεραπεία. Ενδείκνυται η Γνωσιακή-Συμπεριφορική Θεραπεία (Hesslinger et al., 2002). Άλλες ψυχοθεραπευτικές μέθοδοι είναι η Υποστηρικτική Ψυχοθεραπεία και η Διαπροσωπική Ψυχοθεραπεία (Gentile & Atiq, 2006).

Εργοθεραπεία

Κατά Chu & Reynolds (2007) η εργοθεραπεία για παιδιά στη ΔΕΠΥ έχει μικρό πεδίο δράσης σε σχέση με τον επιπολασμό της στον κόσμο και τις πτυχές που αυτή η διαταραχή επηρεάζει στο άτομο. Επίσης, η εργοθεραπεία έχει να προσφέρει αξιόλογες εμπειρίες σε αυτά τα παιδιά, και θα είχε ακόμη περισσότερες, αν υπήρχαν ολιστικά μοντέλα αξιολόγησης και θεραπευτικής παρέμβασης. Η έλλειψη διεπαγγελματικής-ολιστικής φροντίδας είναι χαρακτηριστικό πρόβλημα και στην εργοθεραπεία ενηλίκων (Adamou et al., 2013).

Κατά την αξιολόγηση παιδιών ενδείκνυται η κλινική παρατήρηση του νευροψυχολογικού προφίλ του ασθενούς, της συμπεριφοράς και των ψυχοκοινωνικών του δεξιοτήτων, των κινητικών και λειτουργικών δεξιοτήτων και των περιβαλλοντικών παραγόντων στο σχολείο. Τέλος, συνιστάται η ανταλλαγή πληροφοριών μεταξύ των θεραπειών του ασθενούς (Chu & Reynolds, 2007). Κατά την αξιολόγηση των ενηλίκων ασθενών συνιστάται η κλίμακα αυτοαναφοράς ενηλίκων με ΔΕΠΥ (Waddell et al., 2008).

Κατά τη θεραπευτική παρέμβαση παιδιών χρησιμοποιούνται τεχνικές αισθητηριακής διαμόρφωσης που επιδρούν στο νευρολογικό και συμπεριφορικό προφίλ του ασθενούς (Chu & Reynolds, 2007). Ιδιαίτερη θεραπεία για παιδιά είναι και η Εργοθεραπεία με τη βοήθεια ιπποειδών, που βελτιώνουν τις κινητικές δεξιότητες των παιδιών λόγω της ιππασίας και αναπτύσσουν υγιή συναισθήματα οικοδομώντας μία σχέση με το άλογο λόγω της φροντίδας του ζώου που το παιδί αναλαμβάνει (Gilboa & Helmer, 2020). Στη θεραπεία ενηλίκων, σημαντική κρίνεται η διαμόρφωση του εργασιακού περιβάλλοντος με ουσιαστική συνεργασία των θεραπευόμενων με τους εργοδότες τους (Adamou et al., 2013).

Λογοθεραπεία

Κατά τη λογοθεραπευτική προσέγγιση συνιστάται η εις βάθος αξιολόγηση των πτυχών της γλώσσας που έχουν πληγεί -και όχι μόνο-, Πραγματολογία (Staikova et al., 2013) και ΜΔ (Mayes et al., 2000).

Στη θεραπεία, οι πραγματολογικές δεξιότητες μπορούν να βελτιωθούν μέσω του παιχνιδιού που βοηθάει στην αλληλεπίδραση και κοινωνική έκφραση με ένα πολύ φυσικό τρόπο (Docking et al., 2013). Μία ενδιαφέρουσα θεραπευτική παρέμβαση που είχε θετικά αποτελέσματα είναι ένα πρόγραμμα εργασίας κοινωνικών δεξιοτήτων στη παιδική λαογραφία (παραμύθια) με τίτλο «Working together: building children's social competences through folk literature» (= Εργαζόμαστε μαζί: οικοδομώντας τις κοινωνικές δεξιότητες των παιδιών μέσα από την λαογραφία) (Corkum et al., 2010). Τα παιδιά σε κάθε συνεδρία εργάζονταν πάνω σε μία δεξιότητα, όπως παρουσίαση, προσωπική τοποθέτηση, ευγενικός σχολιασμός, συζήτηση και κριτική.

Οι Μαθησιακές Δυσκολίες μπορούν να μειωθούν εν μέσω εξατομικευμένου προγράμματος, που η οικογένεια, το σχολείο και οι φίλοι του παιδιού μπορούν να βοηθήσουν με έναν ρόλο 'γραμματειακό' (Shapiro & Gallico, 1993).

Μεθοδολογία

Ερευνητικός Σχεδιασμός-Πλάνο

Ο σκοπός της ερευνητικής εργασίας είναι να εξεταστεί πώς η ΔΕΠΥ αντιμετωπίζεται από τις ειδικότητες των θεραπειών. Τα ερωτήματα που προκύπτουν είναι:

Γνωρίζουν οι ειδικοί τη φύση και ιδιαιτερότητα της Διαταραχής;

Γνωρίζουν τις συνυπάρχουσες καταστάσεις;

Πώς την αντιμετωπίζουν;

Η επιλογή του εργαλείου έχει τη μορφή ημιδομημένης συνέντευξης, ώστε να αναδειχθούν οι στάσεις, οι απόψεις και ίσως οι διαφωνίες μεταξύ των διαφορετικών ειδικοτήτων, αλλά και των ίδιων ειδικοτήτων. Νέες ιδέες έχουν τη δυνατότητα να συμπληρώσουν την περιγραφή και την ολιστική προσέγγιση της ΔΕΠΥ. Επίσης, η ημιδομημένη συνέντευξη παρέχει τη δυνατότητα οι ερωτώμενοι να αιτιολογήσουν τις απόψεις τους.

Το πλαίσιο των 11 θεμάτων της ημιδομημένης συνέντευξης περιλαμβάνει ερωτήσεις (ερωτήσεις κορμού) σχετικά με την αξιολόγηση-διάγνωση και τη θεραπεία. Αυτές οι κατηγορίες θεμάτων δίνουν την ευκαιρία στους ερωτώμενους να αποκαλύψουν τη δική τους στάση αντιμετώπισης στο πολύπλευρο κλινικό προφίλ της διαταραχής, το κατά πόσο έχουν γνώση της ιδιαιτερότητάς της (σύμπτωμα ή διαταραχή;) και των συννοσηρών διαταραχών. Από τις απαντήσεις αυτών των ερωτήσεων προκύπτουν κι άλλες ερωτήσεις που έρχονται να συμπληρώσουν το θέμα (ερωτήσεις που προέκυψαν).

Οι ερωτώμενοι ανήκουν στις ειδικότητες της Παιδοψυχιατρικής, της Ψυχολογίας, της Εργοθεραπείας και της Λογοθεραπείας. Οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν και τα αποτελέσματα καταγράφηκαν.

Δείγμα

Το μέγεθος του δείγματος είναι 12 σε αριθμό, 3 επαγγελματίες από την κάθε ειδικότητα. Το κριτήριο επιλογής μου ήταν η εμπειρία στο χώρο εργασίας του με ασθενείς/πελάτες με ΔΕΠΥ ή δυσκολίες προσοχής. Το προφίλ των μελών, δηλαδή των θεραπειών, του δείγματός μου ήταν ανεξάρτητο του φύλου και της ηλικίας.

Όργανα Μέτρησης

Το πλαίσιο των 11 θεμάτων (ερωτήσεις κορμού) δημιουργήθηκε για την παρούσα ερευνητική εργασία από την ίδια τη συγγραφέα της πτυχιακής εργασίας και είναι το παρακάτω:

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΚΟΡΜΟΥ

- 1) Πόσα χρόνια εργάζεστε ως Παιδοψυχίατρος/ Ψυχολόγος/ Εργοθεραπευτής/ Λογοθεραπευτής;
- 2) Ποιες είναι συνήθως οι ηλικιακές ομάδες στις οποίες εργάζεστε;
- 3) Βλέπετε συχνά άτομα στο χώρο εργασίας σας με δυσκολίες προσοχής και συγκέντρωσης;

- 4) Βλέπετε συχνά άτομα με ΔΕΠΥ στο χώρο εργασίας σας;
- 5) Ποιες είναι οι συμπεριφορές που σας οδηγούν να καταλήξετε στη διάσπαση προσοχής;
- 6) Μέσα από ποιες διαδικασίες/δοκιμασίες ελέγχεται το επίπεδο προσοχής και συγκέντρωσης του ατόμου;
- 7) Διακρίνεται κι άλλες δυσκολίες στα άτομα που επιφέρει η διαταραχή προσοχής τους; Εάν ναι, ποιος είναι αυτές;
- 8) Πιστεύετε ότι είναι υπερδιαγνωσμένα τα περιστατικά με ΔΕΠΥ;
- 9) Πώς σχεδιάζεται τη θεραπευτική παρέμβαση στα άτομα με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής; Πώς το αντιμετωπίζετε δηλαδή;
- 10) Υπάρχουν κάποιοι μέθοδοι που πιστεύετε ότι είναι πολύ αποτελεσματικοί;
- 11) Συνήθως τι αποτελέσματα έχει η θεραπεία μετά το τέλος των συνεδρίων; Διαρκεί στο χρόνο;

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗΣ ΠΟΥ ΠΡΟΕΚΥΨΑΝ ΒΑΣΗ ΤΩΝ ΑΠΑΝΤΗΣΕΩΝ

• Στην ερώτηση 3. (Βλέπετε συχνά άτομα στο χώρο εργασίας σας με δυσκολίες προσοχής και συγκέντρωσης;)

Παιδοψυχίατρος απάντησε ότι από την εποχή του Covid, κυρίως από τον Απρίλη του 2021 και μετά, βλέπει μία έκρηξη περιστατικών στο ιατρείο του.

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

Ι) Αυτό οφείλεται στην εποχή ή εσείς επικεντρωθήκατε περισσότερο σε αυτά τα περιστατικά;

Ψυχολόγος απάντησε ότι όσο περνούν τα χρόνια αυξάνεται όλο και περισσότερο.

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

II) Σε τι οφείλεται αυτό;

Ψυχολόγος απάντησε ότι βλέπει σε όλες τις ηλικίες, αλλά τα αιτήματα είναι κυρίως για παιδιά.

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

III) Οι μεγαλύτεροι εσκεμμένα δεν κάνουν αιτήματα διαταραχής προσοχής;

• Στην ερώτηση 4. (Βλέπετε συχνά άτομα με ΔΕΠΥ στο χώρο εργασίας σας;) Λογοθεραπευτής απάντησε ότι τα παιδιά αυτά, στα οποία τους αποδίδεται η διάγνωση, είναι λιγότερα σε σχέση με τα παιδιά που έχουν δυσκολίες προσοχής και συγκέντρωσης.

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

IV) Γιατί αποδίδεται διάγνωση ΔΕΠΥ σε μικρότερη μερίδα από τον αριθμό των περιστατικών που παρατηρείται με δυσκολίες προσοχής;

• Στην ερώτηση 7. (Διακρίνεται κι άλλες δυσκολίες στα άτομα που επιφέρει η διαταραχή προσοχής τους; Εάν ναι, ποιος είναι αυτές;) Ψυχίατρος απάντησε συννοσηρές ψυχικές διαταραχές, φοβίες, ή ψυχικές δυσκολίες, όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση ή υπερβολική εκτίμηση του εαυτού, δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις και την επίλυση προβλημάτων, έντονη προσκόλληση στους γονείς του. ‘Πρέπει να βλέπω όλο το δάσος, και όχι μόνο το δέντρο και προσπαθώ πώς μπορώ να αντιμετωπίσω μία κατάσταση σφαιρικά.’

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

V) Παιδική κατάθλιψη παρατηρείται;

• Στην ερώτηση 9. (Πώς σχεδιάζεται τη θεραπευτική παρέμβαση στα άτομα με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής; Πώς το αντιμετωπίζετε δηλαδή;)

Παιδοψυχίατρος απάντησε ότι ο γονιός χρειάζεται να λειτουργεί σαν γραμματειακή υποστήριξη για οργάνωση χώρου και χρόνου του παιδιού μαζί με τη βοήθεια οπτικοποιημένου ημερήσιου προγράμματος.

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

VI) Τη χρήση φαρμάκων τη συνιστάται;

Παιδοψυχίατρος απάντησε ότι τα συμπτώματα της διάσπασης και υπερκίνησης μπορεί κανείς να τα μειώσει μέσω της γνωσιακής συμπεριφορικής και της συμβουλευτικής.

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

VII) Τη χρήση φαρμάκων τη συνιστάται;

Εργοθεραπευτής απάντησε ότι περιλαμβάνει το θεραπευτικό πρόγραμμα πάντα α δραστηριότητες αδρής κινητικότητας, ώστε να διοχετευτεί η ενέργεια του παιδιού και του εφήβου.

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

VIII) Άρα εργάζεστε στο κομμάτι της εκμετάλλευσης της σωματικής ενέργειας;

Οι συνεντεύξεις ηχογραφήθηκαν από εφαρμογή κινητού τηλεφώνου.

Διαδικασία μέτρησης

Στη συνάντηση με τον ερευνώμενο ξεκινάει η ηχογράφηση της συνέντευξης από τα πρώτα δευτερόλεπτα, για την οποία και γνωρίζει. Αναφέρεται αρχικά:

‘Ως φοιτήτρια του τμήματος Λογοθεραπείας του Πανεπιστημίου Πατρών διεξάγω συνεντεύξεις στο πλαίσιο της Πτυχιακής μου Εργασίας προς διάφορους θεραπευτές, προκειμένου να ερευνήσω πώς αντιμετωπίζουν τη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητα οι διάφορες ειδικότητες θεραπευτών. Η συνέντευξη ηχογραφείται, τα αποτελέσματα θα καταγραφούν και φυσικά υπάρχει απόλυτη εχεμύθεια σχετικά με τις απαντήσεις.’ Τέλος, ξεκινάει η συνέντευξη με τον

κορμό των 11 θεμάτων και γίνονται παράλληλα επιπλέον ερωτήσεις που προκύπτουν ανάλογα με τις απαντήσεις. Αυτή η διαδικασία πραγματοποιήθηκε και στους 12 ερευνώμενους.

Ποιοτική Ανάλυση των Αποτελεσμάτων

Τα δεδομένα των συνεντεύξεων καταγράφηκαν επί λέξη, και στα αποτελέσματα παρουσιάζονται τα σημαντικά σημεία που απαντούν στις ερωτήσεις που τους υποβλήθηκαν, κορμού και οι επιπλέον που προέκυψαν.

Αποτελέσματα

Αποτελέσματα συνεντεύξεων από τις ερωτήσεις κορμού

Ερώτηση 1.

Πόσα χρόνια εργάζεστε ως Παιδοψυχίατρος/ Ψυχολόγος/ Εργοθεραπευτής/ Λογοθεραπευτής;

Οι 3 Παιδοψυχίατροι του δείγματος απάντησαν 5, 17 και 21 χρόνια αντίστοιχα, στην ειδικότητα της Ψυχιατρικής (Μ.Ο. χρόνων εργασίας στην Παιδοψυχιατρική 14.3 χρόνια).

Οι Ψυχολόγοι εργάζονται 3, 8 και 15 χρόνια (Μ.Ο. χρόνων εργασίας στην Ψυχολογία 8.6 χρόνια).

Οι Εργοθεραπευτές δήλωσαν 3 μήνες, 2 χρόνια και 14 χρόνια (Μ.Ο. χρόνων εργασίας στην Εργοθεραπεία 5.4 χρόνια).

Οι Λογοθεραπευτές 2, 9 και 15 χρόνια (Μ.Ο. χρόνων εργασίας στη Λογοθεραπεία 8.6 χρόνια).

Ερώτηση 2.

Ποιες είναι συνήθως οι ηλικιακές ομάδες στις οποίες εργάζεστε;

Οι Παιδοψυχίατροι εργάζονται σε ηλικίες 0-21 ετών, 18 μηνών-18 ετών και 2-21 ετών (Μ.Ο. ηλικιών που εργάζονται οι Παιδοψυχίατροι είναι 1.2-20 ετών).

Οι Ψυχολόγοι εργάζονται σε ηλικίες 23-45 ετών, 3+ (δηλαδή και ενήλικες όλων των ηλικιών) και 5-13,18-27 ετών (Μ.Ο. ηλικιών που εργάζονται οι Ψυχολόγοι είναι 12.3- 46.3 ετών).

Οι Εργοθεραπευτές εργάζονται σε ηλικίες 4-9 ετών, 4-20 ετών και 3-17 ετών (Μ.Ο. ηλικιών που εργάζονται οι Εργοθεραπευτές είναι 3.6-15.3 ετών).

Οι Λογοθεραπευτές εργάζονται σε ηλικίες 4-7 ετών, 3-6 ετών και 2.5-16 ετών (Μ.Ο. ηλικιών που εργάζονται οι Λογοθεραπευτές είναι 3.12-9.6 ετών).

Ερώτηση 3.

Βλέπετε συχνά άτομα στο χώρο εργασίας σας με δυσκολίες προσοχής και συγκέντρωσης;

Και οι 3 Παιδοψυχίατροι του δείγματος απάντησαν ότι βλέπουν συχνά δυσκολίες προσοχής. Ο πρώτος συμπλήρωσε ότι βλέπει συχνά, τα τελευταία χρόνια, ακόμη πιο συχνά. Λόγω της εκπαίδευσής του, ψυχοδυναμικής κατεύθυνσης, δεν παραδέχονται ότι υπάρχει η ΔΕΠΥ σαν επιστημονική οντότητα, αλλά ως μεμονωμένα συμπτώματα. Υποστηρίζει την άποψη ότι η ΔΕΠΥ δεν έχει οργανικότητα και ότι είναι ‘...μία ψυχιατρική οντότητα της εποχής μας, ότι πολύ εύκολα και πάρα πολύ συχνά λέμε και βάζουμε την ταμπέλα στο παιδί ότι έχει ΔΕΠΥ, αλλά ουσιαστικά είναι μία διαταραχή λίγο φτιαχτή. Όλα τα παιδάκια είναι λίγο πιο ζωηρά, αφαιρούνται στο μάθημα κ.τ.λ., αλλά πραγματικά με συμπτώματα ΔΕΠΥ είναι πολύ λιγότερα...’, ήταν επί λέξη η απάντησή της. Πρόσθεσε επίσης ότι πίσω από τα συμπτώματα κρύβονται άλλες, βαθύτερες δυσκολίες, διαταραχές και δυσλειτουργίες. Ο δεύτερος συμπλήρωσε ότι από την εποχή του Covid, κυρίως από

τον Απρίλη του 2021 και μετά, βλέπει μία έκρηξη περιστατικών στο ιατρείο του (*προέκυψε επιπλέον ερώτηση, με αριθμό I). Ο τρίτος ανέφερε ότι βλέπει πολύ συχνά απόκλιση στη ρύθμιση της Προσοχής στην πλειοψηφία των ασθενών και ότι είναι η αιτία που εξηγεί όλες τις άλλες δυσκολίες. Από την κλινική του εμπειρία, τη μελέτη και την εκπαίδευσή του πιστεύει ότι η ΔΕΠΥ δεν είναι ξεχωριστή οντότητα από τη ΔΑΦ, και ότι ίσως οι ασθενείς που λαμβάνουν από το σχολικό ή οικογενειακό περιβάλλον μία άτυπη διάγνωση ΔΕΠΥ ή και τυπική από τους ανάλογους φορείς, είναι πιθανόν ασθενείς με ΔΑΦ υψηλής λειτουργικότητας. Οι Ψυχολόγοι απάντησαν 2 στους 3 ότι βλέπουν συχνά περιστατικά με δυσκολίες Προσοχής. Ο τρίτος ψυχολόγος απάντησε ότι δε βλέπει. Από τους πρώτους 2 Ψυχολόγους, ο ένας ανέφερε ότι όσο περνούν τα χρόνια αυξάνεται όλο και περισσότερο (*προέκυψε επιπλέον ερώτηση, με αριθμό II). Ο άλλος ανέφερε βλέπει σε όλες τις ηλικίες, αλλά τα αιτήματα είναι κυρίως για παιδιά (*προέκυψε επιπλέον ερώτηση, με αριθμό III).

Οι Εργοθεραπευτές 3/3 απάντησαν ότι βλέπουν συχνά στο χώρο εργασίας τους. Εργοθεραπευτής συμπληρώνει ότι στις ηλικίες 4-7 ετών, τα μισά από αυτά έχουν ελλειμματική προσοχή και υπερκινητικότητα.

Οι Λογοθεραπευτές επίσης απάντησαν με ομοφωνία ότι συχνά τους επισκέπτονται περιστατικά με δυσκολίες προσοχής.

Συνολικά δηλαδή, 11 στους 12 απάντησαν ότι έχουν συχνά περιστατικά που αντιμετωπίζουν δυσκολίες προσοχής και συγκεντρωσης.

Ερώτηση 4.

Βλέπετε συχνά άτομα με ΔΕΠΥ στο χώρο εργασίας σας;

Οι $\frac{2}{3}$ Παιδοψυχιάτρους απάντησαν ότι βλέπουν συχνά ασθενείς με τη διάγνωση από δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς, και ότι πολλές φορές καταφθάνουν σε αυτούς γονείς και δάσκαλοι διαβεβαιώνοντάς τους ότι τα παιδιά τους πάσχουν από ΔΕΠΥ, με βάση τη δική τους εμπειρία και κρίση. Ο τρίτος Παιδοψυχίατρος είπε ότι δε

βλέπει συχνά παιδιά με διάγνωση ΔΕΠΥ και ότι όταν κάνει ο ίδιος τη διάγνωση κάνει παράλληλα και παραπομπή σε ειδικούς παιδαγωγούς.

Στους Ψυχολόγους, ο ένας δεν απάντησε ακριβώς στην ερώτηση, ανέφερε ότι συνήθως υπάρχει πρόβλημα στη διάγνωση. Ο άλλος Ψυχολόγος τον επισκέπτονται συχνά με τη διάγνωση ΔΕΠΥ. Συγκεκριμένα 1 με 2 περιστατικά του στα 10 έχουν τη διάγνωση. Και ο τελευταίος, βλέπει επίσης συχνά, απάντησε.

Στους Εργοθεραπευτές, ο πρώτος βλέπει συχνά, και μάλιστα τα περισσότερα περιστατικά που αντιμετωπίζουν δυσκολία εστίασης, έχουν και τη διάγνωση. Ο δεύτερος όχι τόσο συχνά, όσο εμφανίζονται τα συμπτώματα και ο τρίτος αρκετά συχνά.

Στους Λογοθεραπευτές, ένας εκ των τριών βλέπει συχνά, και τα παιδιά αυτά, στα οποία τους αποδίδεται η διάγνωση, είναι λιγότερα σε σχέση με τα παιδιά που έχουν δυσκολίες προσοχής και συγκέντρωσης (*προέκυψε επιπλέον ερώτηση, με αριθμό IV). Ο δεύτερος άλλες φορές βλέπει συχνά κι άλλες φορές όχι. Και ο τελευταίος συχνά, συμπλήρωσε, επίσης.

Συνολικά 7/12 έχουν συχνή και σταθερή επισκεψιμότητα ατόμων με τη διάγνωση.

Ερώτηση 5.

Ποιες είναι οι συμπεριφορές που σας οδηγούν να καταλήξετε στη διάσπαση προσοχής;

Οι απαντήσεις των Παιδοψυχιάτρων ήταν οι εξής. Και οι τρεις μίλησαν για τα αιτήματα που λαμβάνουν από τους γονείς ώστε να αξιολογήσουν το παιδί ή τον έφηβο, λόγω της φτώχης ακαδημαϊκής του επίδοσης και των συμπεριφορικών και κοινωνικών του δυσκολιών. Ένας από τους Παιδοψυχιάτρους τόνισε ότι, όπως και σε όλες τις διαταραχές, π.χ. ΔΑΦ, χρειάζεται η διάσπαση προσοχής να υπάρχει σε όλα τα πλαίσια, στο σπίτι, σε μια ταινία, σε μία κοινωνική εκδήλωση. Αν όχι, τότε σίγουρα δεν μπορούμε να μιλάμε για ΔΕΠΥ.

Οι απαντήσεις των Ψυχολόγων ήταν οι εξής. $\frac{1}{3}$ Ψυχολόγους προβληματίζεται όταν δέχεται αιτήματα για την σχολική επίδοση του ασθενούς. Ο άλλος Ψυχολόγος οδηγείται σε προβληματισμούς όταν από την κλινική εκτίμηση παρατηρεί φτωχή αλληλεπίδραση με το παιδί/ τον έφηβο στο παιχνίδι και τις δραστηριότητες. Ενώ ο τελευταίος Ψυχολόγος, μίλησε για την εμφανή ολική κίνηση του σώματος χωρίς- τονίζοντας- νευρικότητα σε παιδιά και το διακοπτόμενο και ασυνεχή διάλογο σε ενήλικα.

Κατά τους Εργοθεραπευτές, δήλωσαν $\frac{3}{3}$ ότι προβληματίζονται όταν αποσπάται η προσοχή του ασθενούς συνεχώς στις δραστηριότητες και χρειάζονται χρόνο για να ολοκληρωθούν. Εργοθεραπευτής τόνισε ότι δεν πρέπει αυτό το παιδί να έχει κάποιο έλλειμμα, γνωσιακό, κινητικό και μαθησιακό και σχετικά με τα ερεθίσματα, όταν κάποιο ερέθισμα δε βρεθεί ώστε να τον αποσπάσει, το παράγει ο ίδιος. Ενώ άλλος Εργοθεραπευτής ανέφερε ότι αυτός ο ασθενής δεν μπορεί εκτελέσει δύο δραστηριότητες παράλληλα.

$\frac{3}{3}$ Λογοθεραπευτές μίλησαν για την έντονη κίνηση του σώματος και για τον περισσότερο χρόνο που χρειάζονται σε σύγκριση με άλλα παιδιά και για την ολοκλήρωση δραστηριοτήτων. $\frac{2}{3}$ δήλωσαν ότι οι πραγματολογικές δεξιότητες έχουν πληγεί συνήθως. Τέλος, Λογοθεραπευτής ανέφερε και για μία ασταθή επίδοση σε δοκιμασίες με αναπτυξιακή σειρά δυσκολίας.

Ειδικότερα $\frac{4}{12}$ μίλησαν για παράπονα δασκάλων σχετικά με την επίδοση και τη συμπεριφορά, ενώ $\frac{8}{12}$ για τη φτωχή αλληλεπίδραση με το θεραπευτή και την υπερκινητικότητα του ασθενή.

Ερώτηση 6.

Μέσα από ποιες διαδικασίες/δοκιμασίες ελέγχεται το επίπεδο προσοχής και συγκέντρωσης του ατόμου;

Οι $\frac{3}{3}$ Παιδοψυχιάτρους εκτιμούν την κατάσταση μέσω του παιχνιδιού, της αλληλεπίδρασης και του ιστορικού. Συμπληρωματικά στην απάντηση, ο ένας

γιατρός κάνει παραπομπή σε εξειδικευμένους συναδέλφους για την χορήγηση διαγνωστικών τεστ. Ο άλλος, δίνει ο ίδιος στο γονιό ή/και στο δάσκαλο να συμπληρώσουν τεστ αξιολόγησης κι αν το παιδί είναι μεγαλύτερης ηλικίας (12+) το δίνει στο ίδιο το παιδί να το συμπληρώσει. Κι ο τρίτος Παιδοψυχίατρος δήλωσε ότι δεν έκανε ποτέ χρήση ερωτηματολογίων και διαγνωστικών κριτηρίων για την αξιολόγηση επιπέδου προσοχής, γιατί δε θεωρεί τη ΔΕΠΥ ψυχιατρική διαταραχή, αλλά σύμπτωμα.

2/3 Ψυχολόγους του δείγματος δεν είναι εξειδικευμένοι να παρέχουν διαγνωστικά εργαλεία. Ο ένας από τους πρώτους 2 παραπέμπει σε εξειδικευμένους για τη χορήγηση των εργαλείων, κι άλλος δε θεωρεί ότι χρειάζεται να παραπεμφθεί ο ασθενής, της ενήλικης ζωής που ο συγκεκριμένος κυρίως αναλαμβάνει, γιατί υποστηρίζει ότι η διάγνωση ΔΕΠΥ δεν θα το βοηθήσει λειτουργικά στη ζωή του. Άλλος ψυχολόγος δίνει στους γονείς και τους δασκάλους Διαγνωστικό εργαλείο για τη ΔΕΠΥ και εκτιμά κλινικά με βάση δοκιμασίες, όπως επεξεργασία και προσαρμοστικότητα στη μελέτη κειμένου.

Κατά τους εργοθεραπευτές, 3/3 δήλωσαν ότι από την κλινική εκτίμηση της συνεδρίας αξιολογούν την προσοχή. Ενώ ένας συμπλήρωσε ότι στις πιο ελεύθερες δοκιμασίες και λεπτής κινητικότητας, όπως ζωγραφική και παζλ βλέπει το πρόγραμμα στην πιο καθαρή του διάσταση.

3/3 Λογοθεραπευτές απάντησαν με τη λήψη ιστορικού και με την κλινική τους εκτίμηση στις δραστηριότητες. Ενώ 2/3 Λογοθεραπευτές παραπέμπουν σε Ψυχίατρο για τη χορήγηση διαγνωστικού εργαλείου και σε Εργοθεραπευτή για αξιολόγηση.

Ερώτηση 7.

Διακρίνεται κι άλλες δυσκολίες στα άτομα που επιφέρει η διαταραχή προσοχής τους; Εάν ναι, ποιος είναι αυτές;

Για την ομάδα των Παιδοψυχιάτρων, ο ένας μίλησε για συννοσηρές ψυχικές διαταραχές, φοβίες, ή ψυχικές δυσκολίες, όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση ή υπερβολική εκτίμηση του εαυτού, δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις και την επίλυση

προβλημάτων, έντονη προσκόλληση στους γονείς του. 'Πρέπει να βλέπω όλο το δάσος, και όχι μόνο το δέντρο και προσπαθώ πώς μπορώ να αντιμετωπίσω μία κατάσταση σφαιρικά.' (*προέκυψε επιπλέον ερώτηση, με αριθμό V), δήλωσε. Ο άλλος παιδοψυχίατρος ανέφερε να μεν τη διαταραχή συμπεριφοράς και την παραβατικότητα, αλλά πρόσθεσε ηγετικές ή παθητικές στάσεις και έλλειψη ενσυναίσθησης στις παιδικές ηλικίες και αγχώδη διαταραχή και κατάθλιψη στην ενήλικη ζωή, κυρίως στις γυναίκες. Επίσης στους ενήλικες παρατηρούνται ακατάλληλη οδηγική συμπεριφορά, διαζύγια και αστάθεια στην επαγγελματική πορεία. Κι ο άλλος δήλωσε ότι η ΔΕΠΥ δε συνυπάρχει, αλλά είναι σύμπτωμα που απορρέει από βαθύτερες ψυχιατρικές διαταραχές ή ένδειξη για το φάσμα του Αυτισμού. Επίσης μία φυσική 'ζωηράδα', όπως δήλωσε χαρακτηριστικά, και ένα μειωμένο ενδιαφέρον για το σχολείο με ΜΔ οδηγούν συνήθως τους ειδικούς σε μία λανθασμένη διάγνωση της ΔΕΠΥ. Η παιδική κατάθλιψη όμως μπορεί να εκδηλωθεί και με υπερκινητικότητα και διάσπαση. Κι αυτή όμως η κατάθλιψη προκύπτει από ενδοοικογενειακά προβλήματα, που το παιδί δεν μπορεί να διαχειριστεί και να εκφραστεί συναισθηματικά μέσα σε αυτά και για αυτά. Προκύπτει δηλαδή το φαινόμενο του συνδρόμου λόγω σοβαρών ψυχοτραυματικών γεγονότων. Και οι 3 δεν παρέλειψαν τη συννοσηρή κατάσταση των ΜΔ.

Κατά τους Ψυχολόγους, υπάρχει συννοσηρότητα με παιδική κατάθλιψη, πρόδρομα σημάδια ψύχωσης και χαμηλή σχολική επίδοση. Άλλος ψυχολόγος απάντησε ψυχικές δυσκολίες, αρχικά, απομόνωσης, θλίψης και πρόβλημα κοινωνικής ένταξης και χαμηλή ακαδημαϊκή παρουσία, ενώ αργότερα, στην ενήλικη ζωή, μεγάλη ματαιώση, αποτυχία στην εισαγωγή Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης και στην επαγγελματική πορεία, που οδηγεί σε κατάθλιψη και κοινωνική απόσυρση. Τέλος, ο άλλος Ψυχολόγος που τα περιστατικά του αφορούν ενήλικες, συννοσηρότητα με Διπολική Διαταραχή.

Οι Εργοθεραπευτές μίλησαν για υπερκινητικότητα και ΜΔ, και 1/3 ΔΑΦ. Οι Λογοθεραπευτές μίλησαν και οι τρεις για συννοσηρές διαταραχές στο λόγο και

την ομιλία, συγκεκριμένα για Πραγματολογικές Δυσκολίες και ΜΔ .

Ερώτηση 8.

Πιστεύετε ότι είναι υπερδιαγνωσμένα τα περιστατικά με ΔΕΠΥ;

2/3 Παιδοψυχιάτρους δεν παρατηρούν υπερδιάγνωση, αλλά ίσως μία υποδιάγνωση. Ο ένας από αυτούς τόνισε για μία υποδιάγνωση τις χρονιές 2010-2015 κι άλλος για μία υποδιάγνωση που οφείλεται ‘στην τεμπελιά’ που οι γονείς και το σχολείο συνηθίζουν να προσδίδουν στο παιδί ή τον έφηβο, χάνοντας την πολύτιμη παραπομπή σε ειδικούς. Ενώ, ο άλλος Παιδοψυχίατρος παρατηρεί υπερδιάγνωση. Μάλιστα τονίζει ότι τα διαγνωστικά κριτήρια περιλαμβάνουν πλέον τόσες ερωτήσεις που είναι δύσκολο να συμπληρωθούν και να μη οδηγήσουν σε διάγνωση της ΔΕΠΥ.

Κατά τους Ψυχολόγους, ο ένας δεν πιστεύει ότι υπάρχει υπερδιάγνωση. Ο άλλος Ψυχολόγος υποστηρίζει την υποδιάγνωση, εξαιτίας της αργής διαδικασίας του δημόσιου φορέα να αξιολογήσει αυτά τα περιστατικά και της στάσης των γονιών απέναντι στην ιδιοσυγκρασία του ασθενή, αποδίδοντάς του χαρακτηριστικά όπως ‘τεμπελιά’. Από την άλλη πλευρά, Ψυχολόγος συμφωνεί με την υπερδιάγνωση.

Κατά τους Εργοθεραπευτές, $\frac{2}{3}$ μίλησαν για υπερδιάγνωση, εκ των οποίων ο ένας θεωρεί ότι δε συμβαίνει λόγω λάθους, αλλά λόγω ξεκλειδώματος μεγαλύτερου χρηματικού πακέτου υποστήριξης για τις γονείς από το δημόσιο φορέα. $\frac{1}{3}$ Εργοθεραπευτές υποστήριξε την υποδιάγνωση.

Λογοθεραπευτής δε θεωρεί ότι συμβαίνει γενικότερα Υπερδιάγνωση, ίσως κάποιες φορές, αλλά μόνο για να ξεκλειδωθούν πακέτα περισσότερων χρημάτων υποστήριξης στους γονείς το τελευταίο διάστημα. Οι επόμενοι δύο απάντησαν πώς δεν πιστεύουν σε υπερδιάγνωση των περιστατικών.

Συνολικά 3/12 θεωρούν ότι συμβαίνει υπερδιάγνωση εξαιτίας λανθασμένου προσδιορισμού του κλινικού προφίλ του ασθενούς και 2/12 θεωρούν ότι συμβαίνει

στη χώρα της Ελλάδας τα τελευταία χρόνια, όχι λόγω αποτυχίας προσδιορισμού δυσκολιών ασθενούς, αλλά λόγω χρηματικών οφελών.

Ερώτηση 9.

Πώς σχεδιάζεται τη θεραπευτική παρέμβαση στα άτομα με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής; Πώς το αντιμετωπίζετε δηλαδή;

Παιδοψυχίατρος είπε ότι τον αφορά η ψυχοθεραπεία, για το σύνολο των ψυχικών δυσκολιών ή διαταραχών που υπάρχουν, που υπάρχουν γύρω από το σύνδρομο. Η ψυχοθεραπεία που εφαρμόζει για μεγάλο χρονικό διάστημα περιλαμβάνουν μεθόδους της γνωσιακής συμπεριφορικής ψυχοθεραπείας σε συνδυασμό με συμβουλευτική και φαρμακευτική αγωγή, κυρίως την περίοδο εξετάσεων την τελευταία. Για θέματα προγραμματισμού και οργάνωσης παραπέμπει σε υποειδικούς. Άλλος παιδοψυχίατρος θεωρεί ότι η πρώιμη εργοθεραπευτική παρέμβαση μπορεί 'να σώσει την κατάσταση'. Στις μεγαλύτερες ηλικίες, συμβουλευτική γονέων, με το γονιό να λειτουργεί σαν γραμματειακή υποστήριξη για οργάνωση χώρου και χρόνου του παιδιού μαζί με τη βοήθεια οπτικοποιημένου ημερήσιου προγράμματος (*προέκυψε επιπλέον ερώτηση, με αριθμό VI). Τέλος, ο τρίτος Παιδοψυχίατρος υποστηρίζει ότι τα συμπτώματα της διάσπασης και υπερκίνησης μπορεί κανείς να τα μειώσει μέσω της γνωσιακής συμπεριφορικής και της συμβουλευτικής (*προέκυψε επιπλέον ερώτηση, με αριθμό VII).

Οι 2/3 Ψυχολόγους προτείνουν συμβουλευτική γονέων και δασκάλων, οπτικοποιημένο πρόγραμμα συνεδρίας και τακτικές από τη Γνωσιακή Συμπεριφορική Θεραπεία. Από τους πρώτους 2, ο ένας πρόσθεσε και την ενασχόληση με την τέχνη, την αποφυγή του διαδικτύου και την αύξηση της συναισθηματικής νοημοσύνης. Ο άλλος συμπεριέλαβε την επιλογή δραστηριοτήτων με βάση τα ενδιαφέροντα του ασθενή και τη φαρμακευτική αγωγή. Τέλος, ο Ψυχολόγος που δεν είχε κοινή γραμμή με τους 2 προηγούμενους, εκτελεί ένα πλάνο που αφήνει τον ασθενή κατά τη συνεδρία να εκτελέσει δραστηριότητες

ώστε να τον κουράσουν ενεργειακά, ώστε να διοχετεύεται η ενέργειά του- υπερκινητικότητα, η ανησυχία του.

2/3 Εργοθεραπευτές ξεκινούν τη συνεδρία με τη δημιουργία από κοινού με το παιδί οπτικοποιημένου προγράμματος. Εργοθεραπευτής ανέφερε ότι περιλαμβάνει πάντα αυτό το πρόγραμμα δραστηριότητες αδρής κινητικότητας, ώστε να διοχετευτεί η ενέργεια του παιδιού και του εφήβου. (*προέκυψε επιπλέον ερώτηση, με αριθμό VIII). Άλλος εργοθεραπευτής πρότεινε διαμόρφωση χώρου συνεδρίας και σπιτιού, περισσότερα διαλείμματα και δυαδικές συνεδρίες (= συνεδρίες με δύο παιδιά, όχι απαραίτητα κοινής διαγνωσης, σειράς συνεδριών με στόχο να πλησιάσουν σχολικό περιβάλλον).

Οι Λογοθεραπευτές έδωσαν κοινές απαντήσεις σε αυτήν την ερώτηση, με τη δημιουργία οπτικοποιημένου προγράμματος από κοινού με το παιδί στην αρχή της συνεδρίας, τις σύντομες και εύρυθμες δραστηριότητες, κυρίως περιεχομένου γνωστικών λειτουργιών και τη διαμόρφωση του χώρου. Επίσης Λογοθεραπευτής συμπλήρωσε ότι παραπέμπει σε Συμβουλευτική για το σπίτι και το σχολείο και ανέφερε ότι 7/10 παιδάκια με ΔΕΠΥ, αντιμετωπίζουν Πραγματολογικές Δυσκολίες και Μαθησιακές Δυσκολίες.

Κατά την εφαρμογή της συνέντευξης στην πράξη, οι θεραπευτές στην παρακάτω ερώτηση, Ερώτηση 10. (Υπάρχουν κάποιοι μέθοδοι που πιστεύετε ότι είναι πολύ αποτελεσματικοί;) έδιναν τις ίδιες απαντήσεις με τις απαντήσεις στην Ερώτηση 9. (Πώς σχεδιάζεται τη θεραπευτική παρέμβαση στα άτομα με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής; Πώς το αντιμετωπίζετε δηλαδή;) Για αυτό το λόγο, δε θα προστεθούν ξανά οι απαντήσεις παρακάτω.

Ερώτηση 11.

Συνήθως τι αποτελέσματα έχει η θεραπεία μετά το τέλος των συνεδριών; Διαρκεί στο χρόνο;

3/3 Παιδοψυχιάτρους δηλώνουν μακροχρόνια θετικά αποτελέσματα όταν η θεραπευτική προσέγγιση έχει ολοκληρωθεί με βάση το ενδεδειγμένο πλάνο. Μάλιστα, ένας εκ των τριών δήλωσε ότι μόνο τα παιδιά που ‘δεν είναι καλά δουλεμένα’ από τη διεπιστημονική ομάδα και έχουν συννοσηρή κατάσταση με παραβατική συμπεριφορά και χρήση ουσιών δεν έχουν αποτελέσματα που να διαρκούν.

Οι ψυχολόγοι απάντησαν με τη σειρά τους, ότι αν εξακολουθήσει το οικογενειακό και σχολικό περιβάλλον να εφαρμόζει τις συμβουλευτικές στρατηγικές, μόνο τότε τα αποτελέσματα θα είναι θετικά. Άλλος Ψυχολόγος πιστεύει ότι οι ασθενείς βλέποντας τη ζωή τους να αλλάζει, διατηρούν αυτά που έμαθαν. Τέλος, ο άλλος Ψυχολόγος θεωρεί ότι αν ο ενήλικας δεν ασχοληθεί με αυτό που πραγματικά θέλει και του αρέσει, στη ζωή του, π.χ. επάγγελμα, τα συμπτώματα δε θα υποχωρήσουν.

2/3 Εργοθεραπευτές απάντησαν ότι αν ακολουθούν οι γονείς και το σχολείο τις στρατηγικές στη διαμόρφωση χώρου και χρόνου που πρότειναν πιθανόν θα υπάρξουν θετικά αποτελέσματα. Ενώ άλλος Εργοθεραπευτής, συμπλήρωσε τα παραπάνω σε συνδυασμό με τη Φαρμακευτική Αγωγή.

2/3 Λογοθεραπευτές ισχυρίστηκαν ότι σπάνια δε θα καταγράψουν τα παιδιά βελτίωση στις γλωσσικές τους δεξιότητες. Ενώ ένας Λογοθεραπευτής απάντησε ότι γνωρίζει για να απαντήσει στην ερώτηση.

Αποτελέσματα συνεντεύξεων από τις ερωτήσεις που προέκυψαν

Στην ερώτηση 3. (Βλέπετε συχνά άτομα στο χώρο εργασίας σας με δυσκολίες προσοχής και συγκέντρωσης;)

Παιδοψυχίατρος απάντησε ότι από την εποχή του Covid, κυρίως από τον Απρίλη του 2021 και μετά, βλέπει μία έκρηξη περιστατικών στο ιατρείο του.

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

1) Αυτό οφείλεται στην εποχή ή εσείς επικεντρωθήκατε περισσότερο σε αυτά τα περιστατικά;

Ο Παιδοψυχίατρος απάντησε ότι δεν έχει επικεντρωθεί. Αλλά μετά τον Απρίλη του

2021 καταφθάνουν στο ιατρείο του πολλά αιτήματα με παιδιά με συμπτώματα και διάγνωση ΔΕΠΥ.

Ψυχολόγος απάντησε ότι όσο περνούν τα χρόνια αυξάνεται όλο και περισσότερο.

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

II) Σε τι οφείλεται αυτό;

Στο ψυχολογικό πλαίσιο του κάθε ανθρώπου, αλλά κυρίως στο περιβάλλον και τον τρόπο που μεγαλώνουν τα παιδιά στη σύγχρονη κοινωνία. Το φαινόμενο γίνεται ακόμη πιο έντονο, επειδή τα ερεθίσματα είναι πολλά, τα παιδιά τα δέχονται από παντού, και από πολύ μικρές ηλικίες. Έχει δηλαδή σχέση πολύ με τους γονείς, τις πολλές δραστηριότητες και τη γενικότερη υπερκινητικότητα της κοινωνίας. Κι αυτο τα παιδιά το συλλαμβάνουν.

Ψυχολόγος απάντησε ότι βλέπει σε όλες τις ηλικίες, αλλά τα αιτήματα είναι κυρίως για παιδιά.

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

III) Οι μεγαλύτεροι, εσκεμμένα δεν κάνουν αιτήματα για δυσκολίες προσοχής; Δεν κάνουν αιτήματα γιατί δεν υπάρχει διάγνωση σε αυτό ή υπάρχει κάποια συννοσηρότητα, και έρχεται ως σύμπτωμα, πλέον, η δυσκολία στην προσοχή, και όχι ως σύνδρομο Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας.

• Στην ερώτηση 4. (Βλέπετε συχνά άτομα με ΔΕΠΥ στο χώρο εργασίας σας;) Λογοθεραπευτής απάντησε ότι τα παιδιά αυτά, στα οποία τους αποδίδεται η διάγνωση, είναι λιγότερα σε σχέση με τα παιδιά που έχουν δυσκολίες προσοχής και συγκέντρωσης.

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

IV) Γιατί αποδίδεται διάγνωση ΔΕΠΥ σε μικρότερη μερίδα από τον αριθμό των περιστατικών που παρατηρείται με δυσκολίες προσοχής;

Γιατί δεν περνούν τη χρυσή τομή που από αδυναμία συγκέντρωσης μιλάμε για διαταραχή. Μάλιστα σε αυτά τα παιδιά, που δεν έχουν ΔΕΠΥ, βλέπουμε ότι αν τους οργανώσεις τη συνεδρία σε ένα διάστημα 3 μηνών τα συμπτώματα διάσπασης εξασθενούν.

• Στην ερώτηση 7. (Διακρίνεται κι άλλες δυσκολίες στα άτομα που επιφέρει η διαταραχή προσοχής τους; Εάν ναι, ποιος είναι αυτές;)

Ψυχίατρος απάντησε συννοσηρές ψυχικές διαταραχές, φοβίες, ή ψυχικές δυσκολίες, όπως χαμηλή αυτοεκτίμηση ή υπερβολική εκτίμηση του εαυτού, δυσκολία στις διαπροσωπικές σχέσεις και την επίλυση προβλημάτων, έντονη προσκόλληση στους γονείς του. 'Πρέπει να βλέπω όλο το δάσος, και όχι μόνο το δέντρο και προσπαθώ να δω πώς μπορώ να αντιμετωπίσω μία κατάσταση σφαιρικά.' δήλωσε.

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

V) Παιδική κατάθλιψη παρατηρείται;

Στα παιδιά που δεν είναι καλά δουλεμένα απάντησε καταφατικά., Δηλαδή τα παιδιά που οι υποειδικοί, λογοθεραπευτές, εργοθεραπευτές, ειδικοί παιδαγωγοί, δεν ολοκλήρωσαν σωστά τη θεραπευτική τους παρέμβαση, παρατηρείται εφηβική κατάθλιψη. Τα τελευταία χρόνια όμως παρατηρείται μία αύξηση στη συννοσηρότητα ΔΕΠΥ με την παιδική κατάθλιψη και την ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή.

• Στην ερώτηση 9. (Πώς σχεδιάζεται τη θεραπευτική παρέμβαση στα άτομα με διαταραχή ελλειμματικής προσοχής; Πώς το αντιμετωπίζετε δηλαδή;)

Παιδοψυχίατρος απάντησε ότι ο γονιός χρειάζεται να λειτουργεί σαν γραμματειακή υποστήριξη για οργάνωση χώρου και χρόνου του παιδιού μαζί με τη βοήθεια οπτικοποιημένου ημερήσιου προγράμματος.

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

VI) Τη χρήση φαρμάκων τη συνιστάται;

Δε συνιστά τη φαρμακευτική αγωγή, γιατί θεωρεί ότι τα διεγερτικά δεν αναπτύσσουν δεξιότητες και γιατί η μακροχρόνια χρήση τους μπορεί να προκαλέσει σοβαρές παρενέργειες.

Παιδοψυχίατρος απάντησε ότι τα συμπτώματα της διάσπασης και υπερκίνησης μπορεί κανείς να τα μειώσει μέσω της γνωσιακής συμπεριφορικής και της συμβουλευτικής.

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

VII) Τη χρήση φαρμάκων τη συνιστάται;

Δε συνιστά τη φαρμακευτική αγωγή γιατί προκαλούν πολύ σοβαρές επιπτώσεις στην ανάπτυξη του παιδιού.

Εργοθεραπευτής απάντησε ότι περιλαμβάνει το θεραπευτικό πρόγραμμα πάντα δραστηριότητες αδρής κινητικότητας, ώστε να διοχετευτεί η ενέργεια του παιδιού και του εφήβου.

Η ερώτηση που προέκυψε είναι :

VIII) Άρα εργάζεστε στο κομμάτι της εκμετάλλευσης της σωματικής ενέργειας;

Ο Εργοθεραπευτής απάντησε ότι όχι τόσο στο κομμάτι της σωματικής ενέργειας, αλλά στο κομμάτι να λάβει ο ασθενής τα ερεθίσματα που θέλει.

Συζήτηση αποτελεσμάτων

Φάνηκε, με βάση τις απαντήσεις των θεραπευτών, ότι οι δυσκολίες εστίασης και συγκέντρωσης είναι ένα κοινό και πολύ συχνό γνώρισμα των περιστατικών που καταφθάνουν σε όλες τις ειδικότητες των θεραπευτών του δείγματος. Σχεδόν οι μισοί έχουν περιστατικά με διάγνωση ΔΕΠΥ σε συχνή και σταθερή συχνότητα. Όμως σχετικά με τις συμπεριφορές που τους οδηγούν στην υποψία εμφάνισης συμπτωμάτων διάσπασης προσοχής απάντησε η πλειοψηφία των ειδικών ψυχικής υγείας (Παιδοψυχίατροι και Ψυχολόγοι)- 4/6- ότι είναι τα αιτήματα από τους δασκάλους για ακαδημαϊκή επίδοση και συμπεριφορά, ενώ οι υπόλοιπες ειδικότητες, Εργοθεραπεία και Λογοθεραπεία, οδηγούνται στην υποψία, αφού τους γνωρίσουν διαπροσωπικώς, στη συνεδρία, και παρατηρήσουν τη συμπεριφορά τους στο παιχνίδι ή/και σε άλλες δραστηριότητες. Αυτό το εύρημα ίσως υποδεικνύει τη μειωμένη επίγνωση και ευαισθητοποίηση των τελευταίων ειδικοτήτων σχετικά με τη διαταραχή.

Κατά τον έλεγχο των επιπέδων προσοχής, 12/12 των θεραπευτών δοκιμάζουν το δυναμικό της προσοχής μέσω παιχνιδιού κυρίως, αλλά και δραστηριοτήτων, που φανερώνει μία κοινή βάση και συνείδηση των πρωτογενών στοιχείων της φύσης της ΔΕΠΥ. Παρόλα αυτά, οι ειδικοί ψυχικής υγείας διαφωνούν μεταξύ τους ως προς τη χορήγηση διαγνωστικών εργαλείων (4 υποστηρίζουν τη χρήση τους, ενώ 2 δεν την προωθούν), κι αυτό γιατί αυτοί που δεν προτείνουν τη χρήση τους είναι αυτοί που υποστηρίζουν ότι η ΔΕΠΥ είναι σύμπτωμα μίας βαθύτερης κατάστασης. Δεν είναι συνυπάρχουσα διαταραχή που συνδέεται με πολλές άλλες ψυχικές διαταραχές, αλλά σύμπτωμα βαθύτερων ψυχικών καταστάσεων, που προκύπτουν από το περιβάλλον του παιδιού, που πιθανώς καταπιέζεται και δεν μπορεί να εκφραστεί συναισθηματικά για αυτό και μέσα σε αυτό. Το παραπάνω γεγονός φανερώνει τις διαφωνίες σχετικά με τη φύση του Συνδρόμου, λόγω της μεγάλης συμπτωματολογικής ετερογένειας (Heidbreder, 2015) (Σύμπτωμα ή Διαταραχή;)

Δηλαδή, της ερμηνείας της ψυχικής ετερογένειας της διαταραχής από τους θεραπευτές ψυχικών νοσημάτων.

Περί συννοσηρότητας, διαπιστώθηκε ότι η κάθε ειδικότητα προσεγγίζει τις συνυπάρχουσες καταστάσεις διαφορετικά. Η ομοφωνία των ειδικών ψυχικής υγείας (6/6) για τις συνυπάρχουσες ψυχικές δυσκολίες και διαταραχές, όπως και μαθησιακές (5/6) αποτελεί δείγμα γνώσεως του σφαιρικού προφίλ της ΔΕΠΥ από αυτούς. Αλλά η αναφορά από τους ειδικούς της Λογοθεραπείας και της Εργοθεραπείας για τις συνυπάρχουσες καταστάσεις, ΜΔ και Πραγματολογικές Δυσκολίες, κι όχι άλλων ψυχικών δυσκολιών και διαταραχών υποδεικνύει ένα έλλειμμα γνώσεων στη φύση της Διαταραχής.

Σχετικά με την υπερδιάγνωση που 3/12 (2/3 από αυτούς είναι ειδικοί Ψυχικής Υγείας) πιστεύουν ότι συμβαίνει επειδή οι φορείς, ιδιωτικοί και δημόσιοι, αποτυγχάνουν να προσδιορίσουν το κλινικό προφίλ του ασθενούς και δίνουν το σύμπτωμα της διάσπασης ως αιτία. Το παραπάνω είναι ένα επιπλέον επιχείρημα που έρχεται να προστεθεί στη διχογνωμία ερμηνείας του συνδρόμου μεταξύ των ψυχοθεραπευτών.

Κατά τη θεραπευτική προσέγγιση, 12/12 θεωρούν τη συμβουλευτική γονέων και δασκάλων μείζον θέμα. Θετική ένδειξη αποτελεί ότι συνιστάται η συμβουλευτική ως άμεση ανάγκη για αλλαγές στο περιβάλλον του παιδιού από τις πλευρές όλων των θεραπειών. 4/6 ειδικούς ψυχικής υγείας εφαρμόζουν μεθόδους από τη Γνωσιακή Συμπεριφορική Ψυχοθεραπεία και 5/6 Εργοθεραπευτές και Λογοθεραπευτές χρησιμοποιούν κατά κόρον τη δημιουργία οπτικοποιημένου προγράμματος της συνεδρίας από κοινού με τον ασθενή στην αρχή της συνεδρίας, με αναφορές καλύτερης διαμόρφωσης του χώρου και πιο εύρυθμων, μη χρονοβόρων, δραστηριοτήτων. Η συμφωνία ως προς την επιλογή των θεραπευτικών μεθόδων των θεραπειών υποδεικνύει ενημερωμένους θεραπευτές σχετικά με τη φροντίδα ατόμων που πάσχουν από αποδυναμωμένη προσοχή και συγκέντρωση, ανεξαρτήτως αν είναι αποτελεσματική ή όχι αυτή η πλευση γραμμής. Τέλος, σχετικά με τη μακροχρόνια διατήρηση των αποκτηθέντων δεξιοτήτων, 6/12

(από όλες τις ειδικότητες) πιστεύουν ότι διατηρούνται οι διαμορφωτικές αλλαγές στη ρύθμιση της προσοχής, ενώ 5/12 (από Ψυχολόγους και Εργοθεραπευτές) θεωρούν ότι δεν μπορούν να το απαντήσουν, γιατί εξαρτάται από μία μεταβλητή, της ικανότητας συνέχειας των στρατηγικών της Συμβουλευτικής. Άλλη μία ένδειξη που υποδεικνύει τη διχογνωμία ως προς η φύση της Διαταραχής, από όλες τις ειδικότητες αυτή τη φορά.

Συμπεράσματα

Τα ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας ήταν αρχικά αν γνωρίζουν οι ειδικοί τη φύση και την ιδιαιτερότητα της Διαταραχής, αν γνωρίζουν τις συνυπάρχουσες καταστάσεις της και πώς την αντιμετωπίζουν. Από τα παραπάνω ευρήματα μπορεί να εξαχθεί εύλογα το συμπέρασμα ότι όλες οι ειδικότητες έχουν γνώση των πρωτογενών στοιχείων της ΔΕΠΥ. Ειδικότερα, οι ειδικοί ψυχικής υγείας (Παιδοψυχίατροι και Ψυχολόγοι) γνωρίζουν για τη φύση της διαταραχής και όλες τις ιδιαιτερότητές της, αλλά διαφωνούν ως προς την ερμηνεία των χαρακτηριστικών της-Διαταραχή ή Σύμπτωμα βαθύτερων ψυχικών διαταραχών (Heidbreder, 2015); Οι Εργοθεραπευτές και Λογοθεραπευτές φαίνεται ότι εκλείπουν σε γνώσεις για το ιδιαίτερο κλινικό προφίλ της ΔΕΠΥ, όπως για τις συνυπάρχουσες ψυχικές καταστάσεις. Τα παραπάνω ευρήματα προτείνουν αρχικά μία καλύτερη πληροφόρηση των ειδικών της Εργοθεραπείας και Λογοθεραπείας όσον αφορά τη ΔΕΠΥ, και μία πιο λεπτομερειακή, αλλά παράλληλα και ολιστική προσπάθεια ερμηνείας της διάσπασης προσοχής, συγκέντρωσης και υπερκινητικότητας.

Βιβλιογραφία

1. Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., Aw, T. C., Bolea, B., Coghill, D., ... & Young, S. (2013). Occupational issues of adults with ADHD. *BMC psychiatry*, *13*(1), 1-7.
2. Advokat C. (2009). What exactly are the benefits of stimulants for ADHD?. *Journal of attention disorders*, *12*(6), 495–498.
<https://doi.org/10.1177/1087054708329781>
3. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Association.
4. Arnsten A. F. (2009). The Emerging Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: The Key Role of the Prefrontal Association Cortex. *The Journal of pediatrics*, *154*(5), I–S43.
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2009.01.018>
5. Barkley, R. A. (2007). What May Be In Store for DSM–V. *The ADHD Report*, *15*(4), 1-7.
6. Barkley, R. A., & Peters, H. (2012). The Earliest Reference to ADHD in the Medical Literature? Melchior Adam Weikard’s Description in 1775 of “Attention Deficit” (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *Journal of Attention Disorders*, *16*(8), 623–630.
<https://doi.org/10.1177/1087054711432309>
7. Bekkhus, M., Skjøthaug, T., Nordhagen, R., & Borge, A. I. (2010). Intrauterine exposure to caffeine and inattention/overactivity in children. *Acta paediatrica (Oslo, Norway : 1992)*, *99*(6), 925–928.
<https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.01744.x>

8. Biederman, J., & Faraone, S. V. (2006). The effects of attention-deficit/hyperactivity disorder on employment and household income. *MedGenMed : Medscape general medicine*, 8(3), 12.
9. Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T. J., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Aleardi, M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: A controlled study of 1001 adults in the community. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(4), 524–540.
<https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0403>
10. Biederman, J., Monuteaux, M. C., Spencer, T., Wilens, T. E., & Faraone, S. V. (2009). Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10-year follow-up study. *Pediatrics*, 124(1), 71–78.
<https://doi.org/10.1542/peds.2008-3347>
11. Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *The American journal of psychiatry*, 148(5), 564–577.
<https://doi.org/10.1176/ajp.148.5.564>
12. Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Clark, R., Augustyn, M., McCarthy, K. J., & Ford, J. D. (2010). Exposure to potentially traumatic events in early childhood: differential links to emergent psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 51(10), 1132–1140.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02256.x>
13. Brook, J. S., Brook, D. W., Zhang, C., Seltzer, N., & Finch, S. J. (2013). Adolescent ADHD and adult physical and mental health, work performance, and financial stress. *Pediatrics*, 131(1), 5–13.
<https://doi.org/10.1542/peds.2012-1725>
14. Bruchmüller, K., Margraf, J., & Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(1), 128–138.
<https://doi.org/10.1037/a0026582>

15. Chang, Z., Lichtenstein, P., D'Onofrio, B. M., Sjölander, A., & Larsson, H. (2014). Serious transport accidents in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and the effect of medication: a population-based study. *JAMA psychiatry*, *71*(3), 319
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4174>
16. Chermá, M. D., Josefsson, M., Rydberg, I., Woxler, P., Trygg, T., Hollertz, O., & Gustafsson, P. A. (2017). Methylphenidate for Treating ADHD: A Naturalistic Clinical Study of Methylphenidate Blood Concentrations in Children and Adults With Optimized Dosage. *European journal of drug metabolism and pharmacokinetics*, *42*(2), 295–307.
<https://doi.org/10.1007/s13318-016-0346-1>
17. Chu, S., & Reynolds, F. (2007). Occupational Therapy for Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Part 1: A Delineation Model of Practice. *British Journal of Occupational Therapy*, *70*(9), 372–383.
<https://doi.org/10.1177/030802260707000902>
18. Crichton A. (2008). An inquiry into the nature and origin of mental derangement: on attention and its diseases. *Journal of attention disorders*, *12*(3), 200–206. <https://doi.org/10.1177/1087054708315137>
19. Daley, D., & Birchwood, J. (2010). ADHD and academic performance: why does ADHD impact on academic performance and what can be done to support ADHD children in the classroom?. *Child: care, health and development*, *36*(4), 455–464. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2009.01046.x>
20. Dalsgaard, S., Østergaard, S. D., Leckman, J. F., Mortensen, P. B., & Pedersen, M. G. (2015). Mortality in children, adolescents, and adults with attention deficit hyperactivity disorder: a nationwide cohort study. *Lancet (London, England)*, *385*(9983), 2190–2196. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61684-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61684-6)

21. Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Ghandour, R. M., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., & Blumberg, S. J. (2018). Prevalence of Parent-Reported ADHD Diagnosis and Associated Treatment Among U.S. Children and Adolescents, 2016. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 47(2), 199–212.
<https://doi.org/10.1080/15374416.2017.1417860>
22. Das, D., Cherbuin, N., Butterworth, P., Anstey, K. J., & Easteal, S. (2012). A population-based study of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and associated impairment in middle-aged adults. *PloS one*, 7(2), e31500.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031500>
23. Docking, K., Munro, N., Cordier, R., & Ellis, P. (2013). Examining the language skills of children with ADHD following a play-based intervention. *Child Language Teaching and Therapy*, 29(3), 291–304.
<https://doi.org/10.1177/0265659012469042>
24. DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., O'Dell, S. M., & Varejao, M. (2009). College students with ADHD: current status and future directions. *Journal of attention disorders*, 13(3), 234–250. <https://doi.org/10.1177/1087054709340650>
25. Epstein, J. N., & Loren, R. E. (2013). Changes in the Definition of ADHD in DSM-5: Subtle but Important. *Neuropsychiatry*, 3(5), 455–458.
<https://doi.org/10.2217/npv.13.59>
26. Fasmer, O. B., Halmøy, A., Eagan, T. M., Oedegaard, K. J., & Haavik, J. (2011). Adult attention deficit hyperactivity disorder is associated with asthma. *BMC psychiatry*, 11, 128. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-128>
27. Ferrer, M., Andi6n, O., Matal6, J., Valero, S., Navarro, J. A., Ramos-Quiroga, J. A., Torrubia, R., & Casas, M. (2010). Comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in borderline patients defines an impulsive

- subtype of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 24(6), 812–822. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.812>
28. Ford-Jones P. C. (2015). Misdiagnosis of attention deficit hyperactivity disorder: 'Normal behaviour' and relative maturity. *Paediatrics & child health*, 20(4), 200–202. <https://doi.org/10.1093/pch/20.4.200>
29. Fournieret, P., & Poissant, H. (2016). Troubles d'apprentissage dans le trouble de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité : quelle est la nature du lien ? [Learning disorders in ADHD: How are they related?]. *Archives de pédiatrie : organe officiel de la Société française de pédiatrie*, 23(12), 1276–1283. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2016.09.006>
30. Freeman, R. D., & Tourette Syndrome International Database Consortium (2007). Tic disorders and ADHD: answers from a world-wide clinical dataset on Tourette syndrome. *European child & adolescent psychiatry*, 16 Suppl 1, 15–23. <https://doi.org/10.1007/s00787-007-1003-7>
31. Fried, R., Petty, C. R., Surman, C. B., Reimer, B., Aleari, M., Martin, J. M., Coughlin, J. F., & Biederman, J. (2006). Characterizing impaired driving in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A controlled study. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(4), 567–574. <https://doi.org/10.4088/jcp.v67n0407>
32. Froehlich, T. E., Anixt, J. S., Loe, I. M., Chirdkiatgumchai, V., Kuan, L., & Gilman, R. C. (2011). Update on environmental risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder. *Current psychiatry reports*, 13(5), 333–344. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0221-3>
33. Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Behavioral characteristics of DSM-IV ADHD subtypes in a school-based population. *Journal of abnormal child psychology*, 25(2), 103–111. <https://doi.org/10.1023/a:1025775311259>
34. Gentile, J. P., & Atiq, R. (2006). Psychotherapy for the patient with adult ADHD. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 3(8), 31–35.

35. Gilboa, Y., & Helmer, A. (2020). Self-Management Intervention for Attention and Executive Functions Using Equine-Assisted Occupational Therapy Among Children Aged 6-14 Diagnosed with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.)*, 26(3), 239–246.
<https://doi.org/10.1089/acm.2019.0374>
36. Hak, E., de Vries, T. W., Hoekstra, P. J., & Jick, S. S. (2013). Association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder with atopic diseases and skin infections? A matched case-control study using the General Practice Research Database. *Annals of allergy, asthma & immunology : official publication of the American College of Allergy, Asthma, & Immunology*, 111(2), 102–106.e2. <https://doi.org/10.1016/j.anai.2013.05.023>
37. Heidbreder R. (2015). ADHD symptomatology is best conceptualized as a spectrum: a dimensional versus unitary approach to diagnosis. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 7(4), 249–269.
<https://doi.org/10.1007/s12402-015-0171-4>
38. Hesslinger, B., van Elst, L. T., Nyberg, E., Dykieriek, P., Richter, H., Berner, M., & Ebert, D. (2002). Psychotherapy of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 252(4), 177-184.
39. Hoshen, M. B., Benis, A., Keyes, K. M., & Zoëga, H. (2016). Stimulant use for ADHD and relative age in class among children in Israel. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 25(6), 652–660.
<https://doi.org/10.1002/pds.3962>
40. Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B., March, J. S., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., Conners, C. K., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hoza, B., Pelham, W. E., Severe, J. B., Swanson, J. M., Wells, K. C., Wigal, T., & Vitiello, B. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid

- subgroups. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(2), 147–158. <https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00009>
41. Kazda, L., Bell, K., Thomas, R., McGeechan, K., Sims, R., & Barratt, A. (2021). Overdiagnosis of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: A Systematic Scoping Review. *JAMA network open*, 4(4), e215335. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.5335>
42. Kedem, S., Yust-Katz, S., Carter, D., Levi, Z., Kedem, R., Dickstein, A., Daher, S., & Katz, L. H. (2020). Attention deficit hyperactivity disorder and gastrointestinal morbidity in a large cohort of young adults. *World journal of gastroenterology*, 26(42), 6626–6637. <https://doi.org/10.3748/wjg.v26.i42.6626>
43. Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., & Walters, E. E. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological medicine*, 35(2), 245–256. <https://doi.org/10.1017/s0033291704002892>
44. Klassen, L. J., Katzman, M. A., & Chokka, P. (2010). Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder. *Journal of affective disorders*, 124(1-2), 1–8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.06.036>
45. Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 2(4), 241–255. <https://doi.org/10.1007/s12402-010-0045-8>
46. Langley, K., Heron, J., Smith, G. D., & Thapar, A. (2012). Maternal and paternal smoking during pregnancy and risk of ADHD symptoms in offspring: testing for intrauterine effects. *American journal of epidemiology*, 176(3), 261–268. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr510>

47. Leffa, D. T., Torres, I., & Rohde, L. A. (2018). A Review on the Role of Inflammation in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Neuroimmunomodulation*, 25(5-6), 328–333.
<https://doi.org/10.1159/000489635>
48. Mayes, S. D., Calhoun, S. L., & Crowell, E. W. (2000). Learning disabilities and ADHD: overlapping spectrum disorders. *Journal of learning disabilities*, 33(5), 417–424. <https://doi.org/10.1177/002221940003300502>
49. Neumärker K. J. (2005). The Kramer-Pollnow syndrome: a contribution on the life and work of Franz Kramer and Hans Pollnow. *History of psychiatry*, 16(Pt 4 (no 64)), 435–451. <https://doi.org/10.1177/0957154X05054708>
50. Nigg, J., Nikolas, M., & Burt, S. A. (2010). Measured gene-by-environment interaction in relation to attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(9), 863–873.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.01.025>
51. Ornoy, A., Daka, L., Goldzweig, G., Gil, Y., Mjen, L., Levit, S., Shufman, E., Bar-Hamburger, R., & Greenbaum, C. W. (2010). Neurodevelopmental and psychological assessment of adolescents born to drug-addicted parents: effects of SES and adoption. *Child abuse & neglect*, 34(5), 354–368.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.09.012>
52. Palmer, E.D., & Finger, S. (2001). An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and ‘Mental Restlessness’ (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6, 66-73.
53. Ramirez, C. A., Rosén, L. A., Deffenbacher, J. L., Hurst, H., Nicoletta, C., Rosencranz, T., & Smith, K. (1997). Anger and anger expression in adults with high ADHD symptoms. *Journal of Attention Disorders*, 2(2), 115–128.
<https://doi.org/10.1177/108705479700200205>
54. Ramtekkar, U. P., Reiersen, A. M., Todorov, A. A., & Todd, R. D. (2010). Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms

- and diagnoses: implications for DSM-V and ICD-11. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49(3), 217–28.e283.
55. Sciutto, M. J., & Eisenberg, M. (2007). Evaluating the evidence for and against the overdiagnosis of ADHD. *Journal of attention disorders*, 11(2), 106–113. <https://doi.org/10.1177/1087054707300094>
56. Shapiro, B. K., & Gallico, R. P. (1993). Learning disabilities. *Pediatric clinics of North America*, 40(3), 491–505. [https://doi.org/10.1016/s00313955\(16\)38546-7](https://doi.org/10.1016/s00313955(16)38546-7)
57. Sharma, A., & Couture, J. (2014). A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). *The Annals of pharmacotherapy*, 48(2), 209–225. <https://doi.org/10.1177/1060028013510699>
58. Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 194(3), 204–211. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048827>
59. Sinn N. (2008). Nutritional and dietary influences on attention deficit hyperactivity disorder. *Nutrition reviews*, 66(10), 558–568. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2008.00107.x>
60. Staikova, E., Gomes, H., Tartter, V., McCabe, A., & Halperin, J. M. (2013). Pragmatic deficits and social impairment in children with ADHD. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(12), 1275–1283. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12082>
61. Stevens, M. C., Gaynor, A., Bessette, K. L., & Pearlson, G. D. (2016). A preliminary study of the effects of working memory training on brain function. *Brain imaging and behavior*, 10(2), 387–407. <https://doi.org/10.1007/s11682-015-9416-2>

62. Still G. F. (2006). Some abnormal psychological conditions in children: excerpts from three lectures. *Journal of attention disorders*, 10(2), 126–136.
<https://doi.org/10.1177/1087054706288114>
63. Tansey E. M. (1984). The life and works of Sir Alexander Crichton, F.R.S. (1763-1856): a Scottish physician to the Imperial Russian Court. *Notes and records of the Royal Society of London*, 38(2), 241–259.
<https://doi.org/10.1098/rsnr.1984.0015>
64. Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O., & Langley, K. (2013). Practitioner review: what have we learnt about the causes of ADHD?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(1), 3-16.
65. Visser, S. N., Danielson, M. L., Bitsko, R. H., Holbrook, J. R., Kogan, M. D., Ghandour, R. M., Perou, R., & Blumberg, S. J. (2014). Trends in the parent-report of health care provider-diagnosed and medicated attention-deficit/hyperactivity disorder: United States, 2003-2011. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(1), 34–46.e2.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.09.001>
66. Volkow, N. D., & Insel, T. R. (2003). What are the long-term effects of methylphenidate treatment?. *Biological psychiatry*, 54(12), 1307–1309.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2003.10.019>
67. Weiss, M., Worling, D., & Wasdell, M. (2003). A chart review study of the inattentive and combined types of ADHD. *Journal of attention disorders*, 7(1), 1–9. <https://doi.org/10.1177/108705470300700101>
68. Wilens, T. E., & Dodson, W. (2004). A clinical perspective of attention-deficit/hyperactivity disorder into adulthood. *The Journal of clinical psychiatry*, 65(10), 1301–1313. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n1003>
69. Wilens, T. E., Biederman, J., Forkner, P., Ditterline, J., Morris, M., Moore, H., Galdo, M., Spencer, T. J., & Wozniak, J. (2003). Patterns of Comorbidity and Dysfunction in Clinically Referred Preschool and School-Age Children

with Bipolar Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(4), 495–505.

<https://doi.org/10.1089/104454603322724887>

70. Wolraich, M. L., McKeown, R. E., Visser, S. N., Bard, D., Cuffe, S., Neas, B., Geryk, L. L., Doffing, M., Bottai, M., Abramowitz, A. J., Beck, L., Holbrook, J. R., & Danielson, M. (2014). The prevalence of ADHD: its diagnosis and treatment in four school districts across two states. *Journal of attention disorders*, 18(7), 563–575.

<https://doi.org/10.1177/1087054712453169>

71. Zimmerman, F. J., & Christakis, D. A. (2007). Associations between content types of early media exposure and subsequent attentional problems. *Pediatrics*, 120(5), 986–992. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-3322>