

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ  
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΕΙΔΙΚΕΥΣΗ ΕΙΔΙΚΗΣ ΑΓΩΓΗΣ

**ΣΥΓΚΡΙΣΗ ΓΝΩΣΗΣ ΓΟΝΕΩΝ ΚΑΙ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΩΝ ΣΤΑ  
ΣΥΜΠΤΩΜΑΤΑ ΤΗΣ ΔΙΑΤΑΡΑΧΗΣ ΕΛΛΕΙΜΜΑΤΙΚΗΣ ΠΡΟΣΟΧΗΣ-  
ΥΠΕΡΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑΣ (ΔΕΠΥ) ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ: ΔΕΛΗΓΙΑΝΝΙΔΟΥ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ**  
**ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΓΕΩΡΓΙΟΣ Θ. ΠΑΥΛΙΔΗΣ**

ΜΑΙΟΣ 2013

**ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ**

Περίληψη.....	Σελ. 4
Ευχαριστίες.....	Σελ. 5
Εισαγωγή.....	Σελ. 6 -7

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠΥ**

1.1 Διαγνωστικά κριτήρια ΔΕΠΥ κατά DSM-IV-TR.....	Σελ. 8-9
1.2 Τύποι της ΔΕΠΥ.....	Σελ. 10-11
1.3 ΔΕΠΥ-Μια νευροβιολογική διαταραχή .....	Σελ. 11-12
1.4 ΔΕΠΥ και συννοσηρότητα.....	Σελ. 12-16

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΔΕΠΥ**

2.1.1 Κοινωνικο-συναισθηματικές συνέπειες της ΔΕΠΥ και το κόστος στην οικογένεια.....	Σελ 17-18
2.1.2 Οι επαγγελματικές/εργασιακές συνέπειες της ΔΕΠΥ και το κόστος τους .....	Σελ. 18
2.1.3 Οι συνέπειες της ΔΕΠΥ στην οδήγηση και το κόστος τους.....	Σελ. 17-18
2.1.4 Ατυχήματα εξαιτίας της ΔΕΠΥ και το κόστος τους.....	Σελ. 19
2.1.5 Σεξουαλικές και αναπαραγωγικές συνέπειες της ΔΕΠΥ .....	Σελ. 20
2.1.6 Συνέπειες της ΔΕΠΥ στην κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου.....	Σελ. 21-22
2.1.7 Το κόστος της συννοσηρότητας.....	Σελ. 22-23
2.1.8 Συνέπειες της ΔΕΠΥ στην υγεία και το κόστος τους.....	Σελ. 23-29
2.1.9 Ακαδημαϊκές και εκπαιδευτικές συνέπειες της ΔΕΠΥ.....	Σελ. 29-33

**2.2 Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠΥ**

2.2.1 Συμπεριφορική διαχείριση της ΔΕΠΥ.....	Σελ. 33
2.2.2 Συνδυασμένη διαχείριση της ΔΕΠΥ.....	Σελ. 33

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΔΕΠΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

3.1 Η ΔΕΠΥ στην προσχολική ηλικία-πρώιμη παρέμβαση.....	Σελ. 34-37
3.2 Πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης .....	Σελ. 38-43
3.3 Μελέτες για τα προβλήματα συμπεριφοράς-συμπτώματα της ΔΕΠΥ.....	Σελ. 43-49

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

4.1 Υποθέσεις της έρευνας.....	Σελ. 50
4.2 Μεθοδολογία.....	Σελ. 50-53

**ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

5.1 Αποτελέσματα.....	Σελ. 54-60
5.2 Συζήτηση.....	Σελ. 61-62
5.3 Συμπεράσματα.....	Σελ. 62-63
5.4 Περιορισμοί.....	Σελ. 64-70
Παράρτημα.....	Σελ. 65-71
Βιβλιογραφία.....	Σελ. 71-75

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Ιστορικό:** Το DSM-IV ορίζει ότι για τη διάγνωση της ΔΕΠΥ στα παιδιά ή στους εφήβους, πρέπει να παρατηρούνται συγκεκριμένα συμπτώματα που εκδηλώνονται τουλάχιστον σε δύο διαφορετικά πλαίσια (κυρίως στο σπίτι και στο σχολείο). Παρόλο λοιπόν, που οι γνώσεις των γονέων και των δασκάλων για τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ είναι καθοριστικές για την διάγνωση της, ιδίως στην προσχολική και παιδική ηλικία, στην Ελλάδα και σε πολλές άλλες χώρες δεν έχουν αποτελέσει αντικείμενο μελέτης. **Σκοπός:** Η παρούσα μελέτη επεδίωξε να ερευνησει αν γνωρίζουν οι γονείς ή εκπαιδευτικοί καλύτερα τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ στην προσχολική ηλικία.

**Μεθοδολογία:** Στην έρευνα συμμετείχαν 135 γονείς νηπίων-προνηπίων (38 πατέρες, 97 μητέρες, μ.ο ηλικίας 35.5) και 116 εκπαιδευτικοί προσχολικής ηλικίας (2 άντρες, 114 γυναίκες, μ.ο ηλικίας 33.4) από δημόσια και ιδιωτικά νηπιαγωγεία της Ελλάδας. Η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία. Συγκρίναμε τις απαντήσεις που έδωσαν οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί σε ένα ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου, προκειμένου να διαπιστώσουμε ποια από τις δυο ομάδες αναγνώριζε με μεγαλύτερη ευστοχία τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ. **Αποτελέσματα:** Περισσότεροι εκπαιδευτικοί αναγνώρισαν σωστά τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ (67.6%) έναντι των γονέων (32.4%),  $p < 0.01$ . Υπάρχει μέτρια θετική συσχέτιση μεταξύ γνώσης γονέων-εκπαιδευτικών ( $r = 0.402$ ). Οι γονείς που διαμένουν σε πόλεις γνωρίζουν καλύτερα (78.9%) τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ σε σύγκριση με τους γονείς της επαρχίας (51.8%),  $p < 0,05$ . Οι γονείς που τα παιδιά τους φοιτούν σε ιδιωτικά σχολεία (71.3%) γνωρίζουν καλύτερα τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ σε σύγκριση με τους γονείς που τα παιδιά τους φοιτούν σε δημόσια σχολεία (69.4%),  $p > 0,05$ . Οι γονείς υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου (ΤΕΙ-Πανεπιστήμιο-Μεταπτυχιακό) γνωρίζουν καλύτερα τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ (66.11%) από τους γονείς χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου (59.14%) (Δημοτικό-Γυμνάσιο-Λύκειο)  $p > 0,05$ .

**Συμπεράσματα:** Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί δεν γνωρίζουν επαρκώς τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ στην προσχολική ηλικία. Θα ήταν ωφέλιμο να διεξάγονται περισσότερα προγράμματα εξειδίκευσης και ενημέρωσης για τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς, εφόσον και οι δυο ομάδες συμβάλουν σημαντικά στην πρώιμη διάγνωση της ΔΕΠΥ στην προσχολική ηλικία.

**ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ**

Θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Καθηγητή Γεώργιο Θ. Παυλίδη κυρίως για την εμπιστοσύνη και την υπομονή που μου έδειξε, όπως επίσης για τη συμπαράσταση και την καθοδήγησή του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας μου. Ήταν μεγάλη μου τιμή να συνεργαστώ με έναν τόσο εξαιρετικό επιστήμονα και άνθρωπο. Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ οφείλω στους εκπαιδευτικούς και τους γονείς που έδειξαν καλή θέληση και συμμετείχαν στην έρευνα, χωρίς την δική τους συμβολή η μελέτη αυτή θα ήταν ανέφικτη.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

### **Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ)**

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής και Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) είναι η πιο συνηθισμένη διαταραχή της συμπεριφοράς κατά την παιδική ηλικία, παρατηρείται στο 3-7% των παιδιών σχολικής ηλικίας (APA, 2000), διαγιγνώσκεται συχνότερα στα αγόρια παρά στα κορίτσια και χαρακτηρίζεται από συμπεριφορές που σχετίζονται με απροσεξία, υπερκινητικότητα και/ή παρορμητικότητα.

Η αιτιολογία της ΔΕΠΥ διαφέρει από παιδί σε παιδί. Τείνει να οφείλεται κυρίως σε παράγοντες όπως η κληρονομικότητα, σε βιολογικούς και νευροαναπτυξιακούς συντελεστές, και παράγοντες που σχετίζονται με την ανατροφή των παιδιών και την οικογένεια (Rinn, 2009, σε Rinn, Reynolds, 2012). Τέσσερις είναι οι τύποι της ΔΕΠΥ που αναφέρονται στο DSM-IVTR και είναι οι εξής: ο απρόσεκτος τύπος (inattentive type), ο υπερκινητικός-παρορμητικός τύπος (hyperactive-impulsive type), ο συνδυαστικός απρόσεκτος-υπερκινητικός-παρορμητικός τύπος (combined type) και ο ακαθόριστος τύπος ΔΕΠΥ.

Ο απρόσεκτος τύπος περιλαμβάνει κυρίως συμπτώματα που σχετίζονται περισσότερο με την απροσεξία, όπως δηλαδή την αδυναμία να διατηρεί την προσοχή του, την αποφυγή έργων που απαιτούν διανοητική προσπάθεια, να χάνει πράγματα και να είναι ξεχασιάρης, να αποτυγχάνει στην προσπάθεια να δίνει ιδιαίτερη προσοχή στις λεπτομέρειες και να υπολείπεται σε δεξιότητες οργάνωσης.

Ο υπερκινητικός-παρορμητικός τύπος περιλαμβάνει συμπτώματα που σχετίζονται κυρίως με την υπερκινητικότητα και/ή την παρορμητικότητα, συμπεριλαμβάνοντας την αδυναμία να παραμείνει ακίνητος, την ανησυχία, να μιλάει υπερβολικά, την νευρικότητα και να διακόπτει συνεχώς τους άλλους.

Κατά τον συνδυαστικό τύπο το παιδί εμφανίζει συμπτώματα και απροσεξίας και υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, ενώ κατά τον ακαθόριστο τύπο ΔΕΠΥ περιλαμβάνονται συμπεριφορές που είναι σχετικές με τα συμπτώματα είτε της απροσεξίας, είτε της υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας, αλλά δεν πληρούν τα διαγνωστικά κριτήρια των άλλων τύπων όπως αυτά καθορίζονται από το DSM-IV-TR.

Για την διάγνωση, είτε του απρόσεκτου, είτε του υπερκινητικού-παρορμητικού τύπου ΔΕΠΥ θα πρέπει το άτομο να παρουσιάζει έξι ή περισσότερα συμπτώματα είτε από τα συμπτώματα της απροσεξίας (για τον απρόσεκτο τύπο), είτε έξι ή περισσότερα συμπτώματα από τα εννέα τη υπερκινητικότητας/παρορμητικότητας (για τον υπερκινητικό/παρορμητικό τύπο) και πρέπει όπως καθορίζεται στο DSM-IV-TR το άτομο να παρουσιάζει το λιγότερο για 6 μήνες πριν τη διάγνωση

τα συμπτώματα αυτά σε δυο ή περισσότερα περιβάλλοντα (π.χ. στο σχολείο, στο σπίτι, σε εξωσχολικές δραστηριότητες) και να προκαλούν δυσλειτουργικότητα τουλάχιστον σε ένα από τα παραπάνω περιβάλλοντα. Η έναρξη των περισσότερων συμπτωμάτων πρέπει να εκδηλωθεί πριν τα 7 χρόνια. Επιπροσθέτως, τα συμπτώματα πρέπει να είναι ανεπαρκή και ασυνεπή με το αναπτυξιακό επίπεδο του παιδιού.

Οι τύποι της ΔΕΠΥ συνδέονται με δυσκολίες σε συγκεκριμένα πλαίσια. Για παράδειγμα, τα άτομα με την διάγνωση του απρόσεκτου τύπου ή του συνδυαστικού τύπου τείνουν να βιώνουν ακαδημαϊκές και σχολικές δυσκολίες, και τα άτομα με την διάγνωση του υπερκινητικού-παρορμητικού τύπου (τα περισσότερα εκ των οποίων είναι αγόρια) παρουσιάζουν περισσότερα συμπεριφορικά προβλήματα, είναι επιρρεπής σε ατυχήματα και τραυματισμούς και στην απόρριψη από τους συνομηλικούς τους (APA, 2000, σε Rinn, Reynolds, 2012). Επιπλέον, η απροσεξία είναι πιθανόν να παρακωλύει την ολοκλήρωση των εργασιών/καθηκόντων, όπως και να οδηγεί κατ'επανάληψη στην εγκατάλειψη ημιτελών έργων για την ανάληψη νέων.

Κατά την εκδήλωση υπερκινητικότητας, το άτομο μπορεί συνεχώς να κάνει νευρικές κινήσεις ανησυχίας ή αμηχανίας, δυσκολεύεται να παραμείνει ακίνητο και συνήθως εμπλέκονται σε επιδείξεις ακραίων δραστηριοτήτων, ακόμη και σε ακατάλληλα περιβάλλοντα. Σε γενικές γραμμές το άτομο φαίνεται ανίκανο να παραμείνει ακίνητο στη θέση του. Η υπερκινητικότητα μπορεί επίσης να εκδηλώνεται μέσω της γρήγορης ή της υπερβολικής ομιλίας.

Τέλος, η παρορμητικότητα μπορεί να εμφανίζεται ως δυσκολία στην τήρηση των κανόνων συνομιλίας, π.χ. να μην διακόπτει και να περιμένει την κατάλληλη στιγμή για να μιλήσει. Άλλοι τρόποι έκφρασης της παρορμητικότητας περιλαμβάνουν την αδυναμία καθυστέρησης της απάντησης, την κυριαρχία στις συνομιλίες ή την έναρξη συνομιλιών σε λάθος στιγμή. Πολλές φορές επίσης, περιλαμβάνει ενέργειες όπως το άρπαγμα αντικειμένων από τους άλλους, το άγγιγμα απαγορευμένων αντικειμένων και την εκδήλωση επικίνδυνων συμπεριφορών.

Η κατάληξη στην σωστή διάγνωση ΔΕΠΥ είναι μια περίπλοκη διαδικασία. Ένα παιδί ή ένας έφηβος που κινούν τις υποψίες για ΔΕΠΥ θα πρέπει να παρατηρηθεί σε ποικίλα πλαίσια, έτσι ώστε να εντοπιστούν συγκεκριμένα συμπτώματα που εκδηλώνονται κάτω από συγκεκριμένες συνθήκες (Brown, 2002, σε Rinn, Reynolds, 2012). Ακόμη, θα πρέπει να εκτιμηθεί το αντίκτυπο που έχουν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι παράγοντες του ευρύτερου πλαισίου στην συμπεριφορά του ατόμου (Baum, Olenchak, & Owen, 1998; Webb, 1993, σε Rinn, Reynolds, 2012).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : ΔΙΑΓΝΩΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠΥ

### 1.1 Διαγνωστικά κριτήρια ΔΕΠΥ κατά DSM-IV-TR (APA, 2000)

**A.** Το βασικό χαρακτηριστικό της ΔΕΠΥ είναι η συνεχόμενη εκδήλωση απροσεξίας και/ή υπερκινητικότητας –παρορμητικότητας, που εμφανίζονται περισσότερο τακτικά και σε σοβαρότερο βαθμό σε άτομα με ΔΕΠΥ, σε σύγκριση με τα υπόλοιπα άτομα του ίδιου αναπτυξιακού επιπέδου.

Έξι ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα έλλειψης προσοχής εμμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες, σε βαθμό που συνεπάγεται δυσκολία προσαρμογής και δε συμβαδίζει με το στάδιο ανάπτυξης.

#### Συμπτώματα απροσεξίας

- Συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις σχολικές εργασίες, στο χώρο εργασίας ή σε άλλες δραστηριότητες.
- Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στα καθήκοντά του ή στο παιχνίδι
- Συχνά φαίνεται να μην ακούει όταν του μιλούν.
- Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να ολοκληρώσει σχολικές εργασίες, εργασίες που του ανατίθενται ή καθήκοντα στο χώρο εργασίας (χωρίς να οφείλεται σε εναντιωματική συμπεριφορά ή αδυναμία κατανόησης των οδηγιών).
- Συχνά δυσκολεύεται να οργανώσει εργασίες και δραστηριότητες.
- Συχνά αποφεύγει ή αποστρέφεται ή είναι απρόθυμος να εμπλακεί σε εργασίες που απαιτούν αδιάπτωτη πνευματική προσπάθεια (όπως σχολική εργασία ή προπαρασκευή των μαθημάτων στο σπίτι).
- Συχνά χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. παιχνίδια, μολύβια, βιβλία, εργασίες που έχουν δοθεί για το σπίτι).
- Συχνά η προσοχή του διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα
- Συχνά ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες.

Έξι ή περισσότερα από τα ακόλουθα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας εμμένουν για τουλάχιστον 6 μήνες σε βαθμό που συνεπάγεται δυσκολία προσαρμογής και δε συμβαδίζει με το στάδιο ανάπτυξης.



## Συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας

### Υπερκινητικότητα

- Συχνά κινεί τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του.
- Συχνά αφήνει τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθισμένος.
- Συχνά τρέχει εδώ κι εκεί και σκαρφαλώνει με τρόπο υπερβολικό σε περιστάσεις οι οποίες δεν προσφέρονται για ανάλογες δραστηριότητες (στους εφήβους και τους ενήλικες μπορεί να περιορίζεται σε υποκειμενικά αισθήματα κινητικής ανησυχίας).
- Συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να συμμετέχει σε δραστηριότητες ελεύθερου χρόνου ήσυχα.
- Συχνά είναι διαρκώς σε κίνηση και συχνά ενεργεί σαν να «κινείται με μηχανή».
- Συχνά μιλάει υπερβολικά

### Παρορμητικότητα

- Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν ολοκληρωθεί η ερώτηση.
- Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του.
- Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει σε συζητήσεις ή παιχνίδια).

**Β.** Ορισμένα συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρόρμησης ή ελλειμματικής προσοχής που προκαλούσαν δυσλειτουργία ήταν παρόντα πριν την ηλικία των 7 ετών.

**Γ.** Κάποια δυσλειτουργία οφειλόμενη στα συμπτώματα υφίσταται σε δύο ή περισσότερα περιβάλλοντα (π.χ. στο σχολείο ή την εργασία και στο σπίτι).

**Δ.** Πρέπει να υπάρχουν σαφείς ενδείξεις κλινικά σημαντικής διαταραχής της κοινωνικής, ακαδημαϊκής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας.

**Ε.** Τα συμπτώματα δεν εκδηλώνονται αποκλειστικά κατά τη διάρκεια της πορείας κάποιας Διάχυτης Διαταραχής της Ανάπτυξης, Σχιζοφρένειας ή άλλης Ψυχωσικής Διαταραχής και δεν εξηγούνται καλύτερα αν αποδοθούν σε άλλη Ψυχική Διαταραχή (π.χ. διαταραχή της Διάθεσης, Αγχώδης διαταραχή, Διασχιστική διαταραχή, ή Διαταραχή Προσωπικότητας).

## 1.2 Τύποι της ΔΕΠΥ (ΑΡΑ, 2000)

Παρόλο που πολλοί εμφανίζουν συμπτώματα και απροσεξίας και υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας, υπάρχουν άτομα στα οποία ο ένας ή ο άλλος τύπος είναι επικρατέστερος. Ο κατάλληλος τύπος καθορίζεται με βάση με το κυρίαρχο σύμπτωμα τους τελευταίους 6 μήνες πριν τη διάγνωση.

**1.** Απρόσεκτος τύπος ΔΕΠΥ. Αυτός ο τύπος χρησιμοποιείται όταν 6 (ή περισσότερα) συμπτώματα απροσεξίας (αλλά λιγότερα από 6 συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας) εμμένουν το λιγότερο για 6 μήνες. Η υπερκινητικότητα μπορεί να αποτελεί ένα σημαντικό κλινικό χαρακτηριστικό σε πολλές περιπτώσεις, σε κάποιες άλλες όμως μπορεί να είναι ξεκάθαρα περισσότερο η έλλειψη προσοχής.

**2.** Υπερκινητικός τύπος ΔΕΠΥ. Αυτός ο τύπος χρησιμοποιείται όταν 6 (ή περισσότερα) συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας (αλλά λιγότερα από 6 συμπτώματα απροσεξίας) εμμένουν το λιγότερο για 6 μήνες. Η απροσεξία μπορεί εν τούτοις να αποτελεί σημαντικό κλινικό χαρακτηριστικό σε αυτές τις περιπτώσεις.

**3.** Συνδυαστικός-υπερκινητικός-παρορμητικός τύπος ΔΕΠΥ. Αυτός ο τύπος χρησιμοποιείται όταν 6 (ή περισσότερα) συμπτώματα υπερκινητικότητας-παρορμητικότητας και 6 από τα συμπτώματα απροσεξίας εμμένουν το λιγότερο για 6 μήνες. Τα περισσότερα παιδιά και έφηβοι με αυτήν την διαταραχή εμφανίζουν τον συνδυαστικό τύπο. Παρόλα αυτά δεν είναι γνωστό αν το ίδιο ισχύει και για τους ενήλικους με αυτήν την διαταραχή.

Σε άτομα που βρίσκονται σε πρώιμο στάδιο της διαταραχής στα οποία μπορεί να επικρατεί ο απρόσεκτος τύπος ή ο υπερκινητικός-παρορμητικός τύπος, στη συνέχεια μπορεί να αναπτύξουν τον συνδυαστικό τύπο και το αντίστροφο. Ο κατάλληλος τύπος (για την τρέχουσα κάθε φορά διάγνωση) θα πρέπει να καθορίζεται με βάση με το κυρίαρχο σύμπτωμα τους τελευταίους 6 μήνες πριν τη διάγνωση. Αν τα κλινικά συμπτώματα παραμένουν, αλλά τα κριτήρια δεν πληρούνται για κανέναν από τους τρεις τύπους, η κατάλληλη διάγνωση σε αυτήν την περίπτωση είναι ΔΕΠΥ, σε μερική ύφεση. Όταν τα συμπτώματα του ατόμου δεν πληρούν πλήρως τα κριτήρια της διαταραχής αυτής υπό τις παρούσες συνθήκες και δεν είναι ξεκάθαρο αν τα κριτήρια αυτά πληρούνταν στο παρελθόν τότε θα πρέπει να γίνεται διάγνωση ΔΕΠΥ ακαθόριστου τύπου.

### 1.3 ΔΕΠΥ-Μια νευροβιολογική διαταραχή

Παρόλο που τα ακριβή αίτια της ΔΕΠΥ παραμένουν ακαθόριστα, η έρευνα έχει αποδείξει ότι έχει μια ισχυρή νευροβιολογική βάση, η οποία προκύπτει από τα προβλήματα των συστημάτων των νευροδιαβιβαστών του εγκεφάλου. Οι εξηγήσεις που δίνονται για την νευρολογική αιτία της ΔΕΠΥ είναι δυσνόητες για μη-ειδικούς. Μια εξαίρεση αποτελεί αυτή του Brown (2005) και είναι η εξής:

Σύνθετα νευρωνικά δίκτυα συνδέουν τις διάφορες δομές του εγκεφάλου που υποστηρίζουν τις εκτελεστικές λειτουργίες. Ταχεία εισερχόμενα και εξερχόμενα μηνύματα μεταφέρονται σε αυτά τα δίκτυα, μέσω χαμηλής τάσεως ηλεκτρικών νεύρων, τα οποία διασχίζουν το σύνολο του συστήματος σε πολύ λιγότερο από ένα χιλιοστό του δευτερολέπτου. Η αποτελεσματική κίνηση αυτών των ηλεκτρικών νεύρων κατά μήκος του δικτύου εξαρτάται από την ταχεία απελευθέρωση και επαναπρόσληψη χημικών ουσιών, οι οποίες ταχύτατα μεταφέρουν το κάθε μήνυμα κατά πλάτος των συνάψεων, ή των συνδέσεων των νευρώνων (Safford).

Για αυτήν την εργασία, καθένας από τους 100 δισεκατομμύρια νευρώνες του εγκεφάλου εξαρτάται από ένα εκ των πενήντα περίπου χημικών νευροδιαβιβαστών που παρασκευάζονται μέσα στον εγκέφαλο. Χωρίς την αποτελεσματική απελευθέρωση και επαναπρόσληψη των απαιτούμενων χημικών νευροδιαβιβαστών, αυτό το τμήμα του δικτύου των νευρώνων δεν μπορεί να μεταφέρει αποτελεσματικά τα μηνύματα (Brown, 2005, σε Safford). Αν τα μηνύματα αυτά μεταφέρονται χωρίς αποτελεσματικότητα, τότε οι εκτελεστικές λειτουργίες του εγκεφάλου είναι ανεπαρκείς. Αυτή αποτελεί την νευρολογική εξήγηση της ΔΕΠΥ. Είναι απαραίτητο να μάθουμε πολλά ακόμη για τα νευρωνικά δίκτυα του εγκεφάλου. Παρόλα αυτά, στοιχεία από περισσότερες από 200 ιατρικές έρευνες μαρτυρούν ότι οι εκτελεστικές λειτουργίες, οι οποίες επηρεάζονται στην ΔΕΠΥ, εξαρτώνται πρωτίστως, αν όχι αποκλειστικά, από δυο συγκεκριμένους χημικούς νευροδιαβιβαστές: την ντοπαμίνη και την νορεπινεφρίνη (επίσης γνωστή και ως νοραδρεναλίνη) (Safford).

Πρόσφατες έρευνες εισηγούνται ότι η ΔΕΠΥ βρίσκεται σε ένα φάσμα ηπιότερων προβλημάτων προσοχής/υπερκινητικότητας και ότι τα όρια απέναντι στο φυσιολογικό είναι ασαφή. Έχουν μελετηθεί οι νοητικές λειτουργίες, συμπεριλαμβανομένου του γενικού νοητικού επιπέδου και των εκτελεστικών λειτουργιών, των παιδιών με ΔΕΠΥ (ADHD), DAMP [deficits in attention, motor control and perception, which is equivalent to ADHD + DCD (developmental coordination disorder- ελλείμματα στην προσοχή, στον έλεγχο των κινήσεων και στην αντίληψη, τα οποία είναι ισοδύναμα της ΔΕΠΥ και της DCD (αναπτυξιακή διαταραχή στο συντονισμό)], και των παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες (Ek et al., 2007).

Ο Landgren και οι συνεργάτες του ανέφεραν ότι μια ομάδα παιδιών με DAMP διακρίνονταν από ένα (γενικά) χαμηλό δείκτη νοημοσύνης, με την πλειοψηφία να έχει IQ κάτω από 90. Σε μερικές έρευνες, έχει αναφερθεί πως τα παιδιά με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν σημαντικά χαμηλότερο νοητικό επίπεδο σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ σημειώνουν χαμηλές βαθμολογίες σε τεστ που αφορούν την ταχύτητα επεξεργασίας και την εργαζόμενη μνήμη. Η ΔΕΠΥ θεωρείται μια ετερογενής διαταραχή η οποία επικαλύπτει άλλες διαταραχές όπως η δυσλεξία, οι γλωσσικές διαταραχές και οι διαταραχές επικοινωνίας (Ek et al., 2007).

#### **1.4 ΔΕΠΥ και συννοσηρότητα**

Η ΔΕΠΥ είναι σπάνιο να υφίσταται χωρίς συνυπάρχουσες διαταραχές. Οι δυσκολίες που μπορεί να περιλαμβάνουν αυτές οι διαταραχές είναι αναπτυξιακά, ακαδημαϊκά, κοινωνικά προβλήματα και προβλήματα συμπεριφοράς. Η συμπεριφορά των παιδιών με ΔΕΠΥ είναι περισσότερο επιθετική και αντιδραστική απ' ό,τι η συμπεριφορά των παιδιών χωρίς ΔΕΠΥ. Τα παιδιά με ΔΕΠΥ συχνά παρουσιάζουν επιθετικότητα και προβλήματα συμπεριφοράς.

Όπως είναι αναμενόμενο η Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή (ΕΠΔ) (Oppositional Defiant Disorder - ODD) συνυπάρχει σε ποσοστό 40-65% με τη ΔΕΠΥ. Η υψηλή συννοσηρότητα της ΔΕΠΥ με την ΕΠΔ δικαιολογείται από την μειωμένη ικανότητα των ατόμων με ΔΕΠΥ να διαχειρίζονται καταστάσεις της διάθεσης όπως ο θυμός και η επιθετικότητα που προκαλούνται από τη ΔΕΠΥ (Barkley, 2002).

Οι ασθενείς με ΔΕΠΥ και ΕΠΔ επίσης έχουν ή αναπτύσσουν την πιο σοβαρή διαταραχή της συμπεριφοράς, η οποία εμφανίζεται στο 21-45% του πληθυσμού των παιδιών με ΔΕΠΥ. Περίπου το 25-30% των παιδιών που παρουσιάζουν αυτές τις συνυπάρχουσες διαταραχές εξελίσσονται σε εφήβους που εκδηλώνουν παραβατικές ή αντικοινωνικές δραστηριότητες (Barkley, 2002). Τα ποσοστά συνύπαρξης της ΔΕΠΥ με αυτά των διαταραχών συμπεριφοράς (Disruptive Behavior Disorders) είναι υψηλότερα από εκείνα των νοητικών διαταραχών, και αυτή η συννοσηρότητα παρατηρείται περισσότερο στις υποκατηγορίες του υπερκινητικού-παρορμητικού τύπου και του συνδυαστικού τύπου (DSM-IV).

Η ΔΕΠΥ έχει συνδεθεί επίσης με τις αγχώδεις διαταραχές (anxiety disorders). Ωστόσο το άγχος που εμφανίζεται στα παιδιά με ΔΕΠΥ φαίνεται να σχετίζεται περισσότερο με την αδυναμία τους να ρυθμίζουν τα συναισθήματά τους, παρά με τον ίδιο τον φόβο και τον πανικό. Άλλες σύνοδες διαταραχές που παρατηρούνται στα παιδιά με ΔΕΠΥ αποτελούν οι διαταραχές της διάθεσης (Mood Disorders), οι μαθησιακές δυσκολίες (Learning Disorders), και οι διαταραχές επικοινωνίας (Communication Disorders) (DSM-IV).

Οι γενικές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠΥ αυξάνονται όσο αυξάνεται ο αριθμός των συνοδών διαταραχών (συννοσηρότητα) (Fergusson, Horwood & Ridder, 2005; Biederman et al, 1995 σε Charach, 2010). Οι σύνοδες διαταραχές αυξάνουν επίσης την πιθανότητα πρόσθετων δυσκολιών κατά την εφηβεία και ενηλικίωση (Barkley et al, 1990; Fergusson, Horwood & Ridder, 2005; Copeland et al, 2007; Fischer et al, 1990; Fischer et al, 1993, Fergusson & Horwood, 1998; Fergusson & Horwood, 1997; Biederman et al, 2006, Costello et al, 1999 σε Charach, 2010).

Σύμφωνα με την Taurines και τους συνεργάτες της (2010), από την γέννηση μέχρι και την παιδική ηλικία η ΔΕΠΥ συνήθως συνοδεύεται από αυτισμό και διαταραχές ύπνου, κατά την παιδική ως και την εφηβική ηλικία από κάποια ειδική μαθησιακή δυσκολία (π.χ δυσλεξία, δυσαριθμησία κ.α), ενώ κατά την εφηβεία ως και την ενήλικη ζωή από διαταραχές όπως το άγχος, η κατάθλιψη ή διαταραχές της συμπεριφοράς και της προσωπικότητας (Pavlidis & Giannouli, 2013).

Η ΔΕΠΥ, ιδιαίτερα ο απρόσεκτος τύπος της, ταξινομείται σαν μαθησιακή δυσκολία που περιλαμβάνει φτωχή συγκέντρωση, αδυναμία ολοκλήρωσης των εργασιών, αποδιοργάνωση, αφηρημάδα, χαμηλή αυτοεκτίμηση και φτωχή εργαζόμενη μνήμη (Corkum, Tannock & Moldofsky, 1998; Owens, Maxim, Nobile, McGuinn & Msall, 2000 σε Charach, 2010). Με απλά λόγια, συγκεκριμένα ελλείμματα στην δραστηριότητα του μετωπιαίου λοβού του εγκεφάλου, τα οποία οφείλονται στην αναποτελεσματική επεξεργασία της ντοπαμίνης, μεταξύ και άλλων χημικών ουσιών, γεγονός που οδηγεί σε σημαντική απώλεια κινήτρων για τη εργαζόμενη μνήμη και φτωχή ανάκληση του περιεχομένου των μαθημάτων της τάξης (Corkum, Tannock & Moldofsky, 1998; Owens, Maxim, Nobile, McGuinn & Msall, 2000 σε Charach, 2010). Στα παιδιά με ΔΕΠΥ παρατηρούνται επίσης, δυσκολίες στον ύπνο όπως η νυχτερινή ενούρηση και η υπνική άπνοια. Οι δυσκολίες αυτές μπορεί να συμβάλλουν στην ενίσχυση της απροσεξίας (Corkum, Tannock & Moldofsky, 1998; Owens, Maxim, Nobile, McGuinn & Msall, 2000 σε Charach, 2010).

Στην έρευνα Dunnedin περίπου το 80% των παιδιών ηλικίας 11 ετών, τα οποία είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ, παρουσίαζαν δευτερογενώς δυσλεξία ή προβλήματα ορθογραφίας ή προβλήματα γραπτού λόγου (McGee et al., 2004 σε Pavlidis & Giannouli, 2013). Σε έρευνα τους οι Katesjo & Gillberg (2001) κατηγοριοποίησαν (μετά από διάγνωση) ένα μεγάλο δείγμα μαθητών ηλικίας 4-7 ετών, από γενικά σχολεία της Σουηδίας σε διάφορες κατηγορίες όπως: ΔΕΠΥ, οριακή ΔΕΠΥ, χωρίς ΔΕΠΥ, ιδεοψυχαναγκαστική διαταραχή (OCD: Obsessive Compulsive Disorder), Εναντιωτική Προκλητική Διαταραχή ODD (Oppositional Defiant Disorder), Asperger, δυσλεξία και μαθησιακές δυσκολίες. Ανέφεραν ότι το 40% των μαθητών είχαν δυσλεξία και ΔΕΠΥ(συννοσηρότητα), 29% είχαν δυσλεξία και οριακή ΔΕΠΥ και μόνο ένα 7% είχε δυσλεξία χωρίς ΔΕΠΥ. Ο Pauc (2005) επανέλαβε την έρευνα των Katesjo and Gillberg προκειμένου να

επιβεβαιώσει τα ευρήματα τους. Προσπάθησε να βρει τα ποσοστά της συννοσηρότητας 100 παιδιών ηλικίας 4-15 ετών που είχαν διαγνωστεί με διάφορες αναπτυξιακές διαταραχές όπως φαίνεται στον πίνακα 15.3 (Pavlidis & Giannouli, 2013).

**Table 15.3 Comorbidity of ADHD with ODD, Tourette, dyslexia and DCD** (Pavc, 2005 σε Pavlidis & Giannouli, 2013)

	Comorbidity				
	ODD	Tourette	ADHD	Dyslexia	DCD
ODD		10%	25%	45%	95%
Tourette	13%		38%	25%	81%
ADHD	14%	17%		31%	89%
Dyslexia	17%	8%	21%		85%
DCD	21%	14%	35%	50%	

Η ΔΕΠΥ συνυπάρχει πιο συχνά με τις υπόλοιπες διαταραχές ADHD (80.4%) απ' ό,τι με την δυσλεξία (51.6 %). Όταν ένα παιδί διαγιγνώσκεται με ΔΕΠΥ, είναι περισσότερο πιθανό να έχει και δυσλεξία απ' ό,τι το αντίστροφο (να διαγνωστεί δηλαδή με δυσλεξία και να έχει και ΔΕΠΥ). Η ομάδα των παιδιών που είχαν διάσπαση προσοχής παρουσίαζαν πιο συχνά και δυσλεξία απ' ό,τι η ομάδα των παιδιών με υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα (Pavlidis & Giannouli, 2013).

Η ΔΕΠΥ έχει πολύ αρνητική επίδραση στην ακαδημαϊκή επίδοση. Για παράδειγμα, 25–70% των μαθητών με ΔΕΠΥ έχουν και μαθησιακές δυσκολίες, 90% έχουν χαμηλές σχολικές επιδόσεις, 50–70% έχουν φτωχές διαπροσωπικές σχέσεις με τους συνομηλίκους τους, 32% δεν τελειώνουν το λύκειο, 75–95 δεν αποφοιτούν από το πανεπιστήμιο στην ώρα τους, 50% είναι λιγότερο πιθανό να λάβουν υψηλότερη εκπαίδευση και 46% αποβάλλονται από το σχολείο (Currie et al., 2008 σε Pavlidis & Giannouli, 2013).

Οι Veltling και Whitehurst (1997) βρήκαν ότι η απροσεξία-υπερκινητικότητα μεταξύ των ηλικιών 6 και 7 σχετιζόταν έντονα με τη φτωχή αναγνωστική ικανότητα. Τα παιδιά με τον απρόσεκτο τύπο της ΔΕΠΥ είναι περισσότερο ευάλωτα στις μαθησιακές δυσκολίες, ενώ κατά την υποστήριξη αυτού του επιχειρήματος πολλοί (Willcutt, E.G., Pennington, B.F., Smith, S.D., Cardon, L.R., Gayán, J., Knoch, V.S., Olson, R.K., & DeFries, J.C., 2002; Willcutt, E. G. Pennington, B. F., Olson, R. K., & DeFries, J. C. 2007) υποστηρίζουν ότι οι ίδιες γενετικές επιδράσεις προδιαθέτουν τα παιδιά για την εκδήλωση μαθησιακών δυσκολιών και διάσπαση προσοχής. Οι Mayes, Calhoun, και Crowell (2000) αναφέρουν στην έρευνα τους (119 παιδιά, 8-16 χρονών με διάγνωση ειδικές μαθησιακές δυσκολίες ή/και ΔΕΠΥ) ότι το 61.3% των περιπτώσεων τους επιδείκνυαν

μαθησιακές δυσκολίες και το 72.3% ΔΕΠΥ. Ενδιαφέρον προκαλεί το γεγονός ότι το 69.8 % των παιδιών με ΔΕΠΥ παρουσίαζε επίσης και ειδικές μαθησιακές δυσκολίες (Πίνακας 15.4).

**Table 15.4 Comorbidity of ADHD with SLD (69.8%)** (Mayes, Calhoun, and Crowell 2000 σε Pavlidis & Giannouli, 2013)

Problem	Comorbidity %
Difficulty in reading	26.7%
Difficulty in arithmetic	31.4%
Difficulty in spelling	30.2%
Difficulty in writing	65.1%

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν επίσης δυσκολία στην έκφραση της γλώσσας (expressive language) και στην πραγματολογία της γλώσσας, που λειτουργεί ως κοινωνικό εργαλείο για την επικοινωνία με τους άλλους. Ένα ποσοστό 10-54% των παιδιών με ΔΕΠΥ έχουν προβλήματα ομιλίας και αυτά τα προβλήματα φαίνεται να είναι περισσότερο αποτέλεσμα κάποιων δυσκολιών στις εκτελεστικές λειτουργίες και λιγότερο αποτέλεσμα δυσκολιών στην ομιλία και στη γλώσσα (Barkley, 2002).

Μία ακόμη διαταραχή την οποία τα παιδιά με ΔΕΠΥ κινδυνεύουν να παρουσιάσουν, είναι η διαταραχή της κεντρικής ακουστικής επεξεργασίας. Πρόκειται για μια ανεπάρκεια στην επεξεργασία των ακουστικών πληροφοριών από τον εγκέφαλο (Barkley, 2002).

Οι Kadesjo & Gillberg (1998) σε μια μελέτη 409 παιδιών (7 ετών) από την Σουηδία, βρήκαν σημαντική επικάλυψη ανάμεσα στη ΔΕΠΥ και στην αναπτυξιακή διαταραχή συντονισμού. Περίπου τα μισά παιδιά που είχαν διαγνωστεί με αναπτυξιακή διαταραχή συντονισμού, πληρούσαν επίσης τα κριτήρια της ΔΕΠΥ και αντίστροφα. Τα κινητικά συστήματα εμπλέκονται και στις δυο διαταραχές, πράγμα το οποίο δικαιολογεί το υψηλό ποσοστό συννοσηρότητας (Barkley, 2002).

Τέλος, οι Harvey & Reid (1997) βρήκαν, ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν επίσης μειωμένη αντοχή και δύναμη στις δοκιμασίες φυσικής κατάστασης. Παρόλο δηλαδή που τα παιδιά αυτά είναι σε διαρκή κίνηση και δραστηριότητα, δεν βρίσκονται στη φυσική κατάσταση που αναμένουμε (Barkley, 2002).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΟΙ ΣΥΝΕΠΕΙΕΣ ΚΑΙ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΔΕΠΥ

Τα άτομα με ΔΕΠΥ εξαιτίας της παρορμητικότητας τους διαθέτουν χαμηλό αυτοέλεγχο. Η Moffitt και οι συνεργάτες της χρησιμοποιούν το όρο 'αυτοέλεγχος' ως συνώνυμο με τον όρο ευσυνειδησία, μια σειρά χαρακτηριστικών της προσωπικότητας που συμπεριλαμβάνουν την υπευθυνότητα, την επιμέλεια, την εργατικότητα και την μεθοδικότητα. Πρόκειται για τον συνειδητό έλεγχο του εαυτού από το ίδιο το άτομο (Moffitt et al, 2011).

Ερευνητές από τις ΗΠΑ, τη Βρετανία, τη Ν. Ζηλανδία και τον Καναδά, υπό την ψυχολόγο Terrie Moffitt δημοσίευσαν μια μελέτη στο περιοδικό «PNAS» της Εθνικής Ακαδημίας Επιστημών των ΗΠΑ, στην οποία εξέτασαν περίπου 1.000 παιδιά έως την ηλικία των 32 ετών. Οι επιστήμονες κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι όσα παιδιά είχαν χαμηλές επιδόσεις στον αυτοέλεγχο, δυσκολεύονταν να συγκεντρωθούν σε ένα καθήκον και δεν είχαν υπομονή να επιδιώξουν ένα στόχο, δρούσαν πριν καν σκεφτούν, ήταν υπερκινητικά, δεν μπορούσαν να περιμένουν τη σειρά τους για να κάνουν κάτι, ήταν συνεχώς ανήσυχα κλπ., όταν μεγάλωναν, αντιμετώπιζαν πιο πολλά προβλήματα σε σχέση με τα παιδιά που είχαν δείξει μεγαλύτερη αυτοπειθαρχία (tovima.gr).

Τα παιδιά που είχαν χαμηλό αυτοέλεγχο, ως ενήλικοι είχαν διάφορα προβλήματα υγείας, όπως συχνότερα αναπνευστικά προβλήματα, προβλήματα στα ούλα, σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, φλεγμονές, υψηλή χοληστερόλη και πίεση ή ήταν υπέρβαρα. Επίσης, αντιμετώπιζαν πιο συχνά οικονομικές δυσκολίες, όπως αυξημένα χρέη σε πιστωτικές κάρτες. Ακόμα, τα παιδιά αυτά ήταν πιθανότερο να χωρίσουν, να έχουν βεβαρημένο ποινικό μητρώο και να είναι εξαρτημένα από το αλκοόλ ή τα ναρκωτικά (tovima.gr ;Moffitt et al, 2011).

Εξάλλου, οι ερευνητές έκαναν μια δεύτερη έρευνα σε 500 ζεύγη διδύμων αδελφών για να αναλύσουν τις διαφορές ανάμεσα στον αδελφό με τον μικρότερο αυτοέλεγχο και σε αυτόν (ή αυτήν) με τον μεγαλύτερο, καθώς μεγάλωναν. Διαπίστωσαν, έτσι, ότι το παιδί με τη μικρότερη αυτοπειθαρχία στα πέντε του χρόνια ήταν πιο πιθανό να αρχίσει να καπνίζει, να έχει χειρότερους βαθμούς στο σχολείο και να επιδεικνύει αντικοινωνική συμπεριφορά μέχρι την ηλικία των 12 ετών (tovima.gr ;Moffitt et al, 2011).

Σύμφωνα με τους ερευνητές, η έρευνα δείχνει πως η ικανότητα ενός παιδιού να ασκεί αυτοέλεγχο, έχει σημαντική επίδραση στη ζωή του, ανεξάρτητα από το βαθμό της δικής του νοημοσύνης, αλλά και από τις επιδράσεις του περιβάλλοντος στο οποίο μεγαλώνει, δηλαδή από το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειάς του. Οι επιστήμονες πρόσθεσαν ότι οι τυχόν αλλαγές στον τομέα της αυτοπειθαρχίας, καθώς το παιδί μεγαλώνει, έχουν θετικό αντίκρουσμα στην ενήλικη ζωή του (tovima.gr η Moffitt et al, 2011).

Συνεπώς, είναι λογικό η ΔΕΠΥ να συνδέεται με δυσλειτουργίες σε πολλούς τομείς της ζωής. Τα αποτελέσματα αυτών των δυσλειτουργιών είναι μακροχρόνια και περιλαμβάνουν επιπτώσεις στις ακαδημαϊκές-εργασιακές επιδόσεις, στην κοινωνική λειτουργικότητα και γενικώς στη συνολική ποιότητα της ζωής του ατόμου που εμφανίζει τη διαταραχή. Λόγω του ευρύ αντίκτυπου



της, η ΔΕΠΥ επιφέρει επίσης, σοβαρές οικονομικές συνέπειες που βαραίνουν τα παιδιά, τις οικογένειές τους, αλλά και ολόκληρη την οικονομία. Η έρευνα πρόσφατα ξεκίνησε να εξετάζει αυτό το οικονομικό κόστος αλλά από τις πρώτες κιόλας μελέτες είναι ξεκάθαρο ότι η ΔΕΠΥ οδηγεί σε αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και άλλων τομέων (Matza, Paramore & Prasad, 2005).

### **2.1.1 Κοινωνικο-συναισθηματικές συνέπειες της ΔΕΠΥ και το κόστος στην οικογένεια**

Η σχέση των παιδιών με ΔΕΠΥ και των οικογενειών τους είναι σύνθετη και αμφίδρομη, και περιλαμβάνει ταυτόχρονη και αμοιβαία αλληλεπίδραση. Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ έχουν σοβαρότατες επιπτώσεις όχι μόνο στο παιδί, αλλά και στους γονείς του παιδιού (Πίνακας 1) (Matza, Paramore & Prasad, 2005). Η σχέση των παιδιών με ΔΕΠΥ με τους γονείς τους είναι έντονη και χαρακτηρίζεται από περισσότερους καβγάδες σε σύγκριση με την σχέση γονέων και παιδιών χωρίς ΔΕΠΥ (Barkley, 2002).

Σε έρευνα τους η Swensen και οι συνεργάτες της (2003) βρήκαν ότι η ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία θέτει επίσης μια οικονομική επιβάρυνση για τους γονείς και τα άλλα μέλη της οικογένειας. Τα μέλη των οικογενειών των ατόμων που πάσχουν από ΔΕΠΥ είχαν 1,6 φορές περισσότερες ιατρικές ανάγκες από τα μέλη των οικογενειών των ατόμων χωρίς ΔΕΠΥ. Οι ετήσιες ιατρικές δαπάνες ήταν 2 φορές μεγαλύτερες για τα μέλη των οικογενειών των παιδιών με ΔΕΠΥ (2.740 δολάρια) έναντι των οικογενειών των παιδιών χωρίς ΔΕΠΥ (1.365 δολάρια) (Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Ο Birnbaum και οι συνεργάτες του (2005) χρησιμοποίησαν το ίδιο δείγμα για να υπολογίσουν τη διαφορά του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης των οικογενειών των ατόμων με ΔΕΠΥ, έναντι των οικογενειών των ατόμων χωρίς ΔΕΠΥ. Βρήκαν ότι ήταν 6,78 δις (δολάρια) για τα μέλη των οικογενειών των παιδιών χωρίς ΔΕΠΥ και 12,10 δις (δολάρια) για τα μέλη των οικογενειών ενηλίκων με ΔΕΠΥ. Δηλαδή, το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης των οικογενειών των ατόμων με ΔΕΠΥ ήταν διπλάσιο από το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης των οικογενειών των ατόμων χωρίς ΔΕΠΥ (Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Πάνω από το 50% των παιδιών με ΔΕΠΥ παρουσιάζουν επίσης, σοβαρά προβλήματα στις σχέσεις τους με τους συνομηλίκους (Barkley, 2002). Αυτά τα προβλήματα πηγάζουν από την αδυναμία των παιδιών αυτών να συμμετέχουν σε κοινωνικές ανταλλαγές, όπως η ανταλλαγή (π.χ. να μοιράζονται κάτι), η συνεργασία και η αναμονή της σειράς. Κατά συνέπεια, συχνά αλληλεπιδρούν με τους συνομηλίκους τους μέσα από επιβλητικές, ενοχλητικές, επιθετικές και εγωκεντρικές συμπεριφορές. Οι κοινωνικές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠΥ είναι ακόμη πιο σοβαρές αν συνυπάρχει η ΕΠΔ και/ή διαταραχή της συμπεριφοράς.

Πίνακας 1: Ετήσιο κόστος υγειονομικής περίθαλψης οικογενειών με και χωρίς ΔΕΠΥ (Matza, Paramore & Prasad, 2005)			
Ερευνητές	Έτος	Οικογένειες παιδιών με ΔΕΠΥ	Οικογένειες παιδιών χωρίς ΔΕΠΥ
Swensen et al.	2003	2.740 δολάρια	1.365 δολάρια
Bimbaum et al.	2005	12,10 δις δολάρια	6.78 δις δολάρια

### 2.1.2 Οι επαγγελματικές/εργασιακές συνέπειες της ΔΕΠΥ και το κόστος τους

Η ΔΕΠΥ συνδέεται με προβλήματα στην εργασία κατά την ενήλικη ζωή όπως η κακή απόδοση, το χαμηλό επαγγελματικό προφίλ, η μικρή σταθερότητα στη δουλειά και οι αυξημένες απουσίες, συγκριτικά με τα άτομα χωρίς ΔΕΠΥ (Mannuzza & Klein, 2000; Murphy & Barkley, 1996; Secnik & Swensen, 2005; Barkley, Murphy & Kwasnik, 1996 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Η κακή απόδοση και το κόστος της απώλειας (π.χ. λόγω αυξημένων απουσιών) επιφέρουν σοβαρές οικονομικές επιπτώσεις. Μια μελέτη εκτίμησε τις επιπτώσεις αυτές, υπολογίζοντας τις παραπάνω δαπάνες που πραγματοποιούνταν για τους εργαζόμενους με ΔΕΠΥ έναντι εκείνων χωρίς ΔΕΠΥ. Οι έμμεσες δαπάνες του κόστους απώλειας υπολογίστηκαν με βάση τις πληρωμές των εργοδοτών για αναπηρικές αποζημιώσεις και τους μισθούς που πληρώνονταν κατά τις μέρες απουσίας για ιατρικούς λόγους. Το επιπλέον κόστος ήταν 1,20 δις για τις γυναίκες με ΔΕΠΥ και 2,26 δις για τους άνδρες με ΔΕΠΥ (Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Τα άτομα με ΔΕΠΥ έχουν 3 φορές περισσότερες πιθανότητες να απολυθούν από μια δουλειά σε σύγκριση με τα άτομα χωρίς ΔΕΠΥ (R.A.B.; M. Fischer, PhD; Smallish, M.A.; et al, σε Barkley, 2002). Επιπροσθέτως, οι άνθρωποι με ΔΕΠΥ αλλάζουν δουλειά 2-3 φορές περισσότερο από τον υπόλοιπο πληθυσμό, σε μια περίοδο 10 ετών. Στην έρευνα Milwaukee, με την άδεια των συμμετεχόντων, ερωτήθηκαν οι εργοδότες τους σχετικά με την παρουσία της ΔΕΠΥ και της ΕΠΔ την ώρα της εργασίας. Οι εργοδότες ανέφεραν ότι εμφάνιζαν αυξημένα ποσοστά των συμπτωμάτων της διαταραχής κατά τη διάρκεια της δουλειάς. Παρέδωσαν επίσης τις αξιολογήσεις της εργασιακής απόδοσης όλων των εργαζομένων, παρατηρήθηκε ότι οι εργαζόμενοι με ΔΕΠΥ είχαν χαμηλότερες εργασιακές επιδόσεις σε σύγκριση με τους εργαζόμενους χωρίς ΔΕΠΥ. Στα 30 τους χρόνια, το 35% των ατόμων με ΔΕΠΥ είναι αυτοαπασχολούμενοι (Mannuzza, Klein, Bessler et al, 1997 σε Barkley, 2002).

### 2.1.3 Οι συνέπειες της ΔΕΠΥ στην οδήγηση και το κόστος τους

Σε έρευνα τους ο Barkley και οι συνεργάτες του (1996-98), με δείγμα 25 ατόμων με ΔΕΠΥ και 23 χωρίς ΔΕΠΥ από 17-30 χρονών, αξιολόγησαν τις συνέπειες της ΔΕΠΥ στην οδήγηση των εφήβων και των ενηλίκων με ΔΕΠΥ (μέσω δομημένων συνεντεύξεων, αυτοαναφορών, αναφορών πεζών, βίντεο τεστ γνώσεων, τεστ προσομοίωσης οδήγησης και αρχείων οδήγησης). Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι οδηγοί με ΔΕΠΥ, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, αναφέρονταν συχνότερα για ταχύτητα, για αναστολή της άδειας οδήγησης, για εμπλοκή σε συγκρούσεις γενικά, αλλά και σε συγκρούσεις που προκλήθηκαν σωματικές βλάβες. Εκτιμήθηκε επίσης από τα ίδια τα άτομα με ΔΕΠΥ και από τους πεζούς, ότι έχουν επικίνδυνες οδηγικές συνήθειες όπως ακανόνιστη πορεία, ψευδή φρεναρίσματα και αργούς χρόνους αντίδρασης (Πίνακας 2) (Barkley, 2002).

Δεδομένων των παραπάνω στοιχείων της έρευνας, οι οδηγοί με ΔΕΠΥ είναι συνήθως υπαίτιοι για τα τροχαία στα οποία εμπλέκονται. Το 40% των οδηγών με ΔΕΠΥ είχαν τουλάχιστον 2 ατυχήματα από τη εφηβεία τους, συγκριτικά με ένα 6% των οδηγών χωρίς ΔΕΠΥ (Barkley, Murphy & DuPaul, 2002 σε Barkley, 2002). Το χρηματικό κόστος (σε δολάρια) των τροχαίων ατυχημάτων στα οποία εμπλέκονται άτομα με ΔΕΠΥ, είναι 3 φορές μεγαλύτερο από εκείνο των οδηγών χωρίς ΔΕΠΥ. Αυξημένο κατά πολύ φαίνεται ότι είναι και το ποσοστό ατυχημάτων με σωματικές βλάβες αυτών των ατόμων, 60%, έναντι 17% των οδηγών χωρίς ΔΕΠΥ.

Στους οδηγούς με ΔΕΠΥ αφαιρείται 3 φορές περισσότερο το δίπλωμα οδήγησης σε σχέση με τους άλλους οδηγούς. Αν και οι περισσότερες αφαιρέσεις γίνονται εξαιτίας κακής οδήγησης, οι οδηγοί με ΔΕΠΥ μπορεί να χάνουν το δίπλωμα τους επειδή δεν χειρίζονται το δικαστικό σύστημα όπως οι υπόλοιποι οδηγοί (Barkley, 2002).

Πίνακας 2: Το κόστος της ΔΕΠΥ στην οδήγηση (Barkley, 2002).

Ερευνητές	Έτος	Δείγμα	Οδηγοί με ΔΕΠΥ	Οδηγοί χωρίς ΔΕΠΥ
Barkley et al.	1996-98	25 ΔΕΠΥ ≠ 23 χωρίς ΔΕΠΥ (17-30 χρ).	- 40% ατυχήματα - 60% ατυχήματα με σωματικές βλάβες	- 6% ατυχήματα - 17% ατυχήματα με σωματικές βλάβες

### 2.1.4 Ατυχήματα εξαιτίας της ΔΕΠΥ και το κόστος τους

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ είναι πιο επιρρεπή σε ατυχήματα απ' ό τι τα άλλα παιδιά, πιθανόν λόγω της παρορμητικής, υπερκινητικής τους συμπεριφοράς (Gayton, Bailey, Wagner & Hardesty, 1986 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005). Επίσης, τα παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν περισσότερες πιθανότητες σε σύγκριση με τα υπόλοιπα παιδιά να υφίστανται τραυματισμούς εξαιτίας

ατυχημάτων όπως σπασίματα, κοψίματα, τραύματα στο κεφάλι, μώλωπες, απώλειες δοντιών οι τυχαίες δηλητηριάσεις (Barkley, 1998; Barkley, 2001 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Μια μελέτη υπολόγισε τη συχνότητα και το κόστος των ατυχημάτων των ατόμων με ΔΕΠΥ λαμβάνοντας υπόψη τις ιατρικές, φαρμακευτικές και αναπηρικές αποζημιώσεις που δόθηκαν σε υπαλλήλους εθνικών κατασκευαστικών εταιριών, σε συζύγους, σε προστατευόμενα μέλη και σε συνταξιούχους (βάσεις δεδομένων από υπηρεσίες) (Swensen, Birnbaum, Ben Hamadi, Greenberg & Cremieux, 2004 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005). Πραγματοποιήθηκαν αναλύσεις για όλο τον πληθυσμό, χώρια για τους ενήλικες, χώρια για τα παιδιά κάτω των 12 ετών και χώρια για τους εφήβους από 12-18 ετών. Τα άτομα με ΔΕΠΥ όλων των ηλικιακών ομάδων, σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου, είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν λάβει μια αποζημίωση ατυχήματος και συγκεκριμένα: 28% τα παιδιά με ΔΕΠΥ έναντι 18% των παιδιών χωρίς ΔΕΠΥ, 32% των εφήβων με ΔΕΠΥ έναντι 23% των εφήβων χωρίς ΔΕΠΥ και το 38% των ενηλίκων με ΔΕΠΥ έναντι το 18% των ενηλίκων χωρίς ΔΕΠΥ. Οι άμεσες ιατρικές δαπάνες των ενηλίκων με ΔΕΠΥ για τα συγκεκριμένα ατυχήματα ήταν σημαντικά υψηλότερες σε σύγκριση με εκείνες των ενηλίκων χωρίς ΔΕΠΥ (\$642 έναντι \$194). Ενώ εκείνες των παιδιών και εφήβων με και χωρίς ΔΕΠΥ δεν διέφεραν σημαντικά (Swensen, Birnbaum, Ben Hamadi, Greenberg & Cremieux, 2004 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005).

### **2.1.5 Σεξουαλικές και αναπαραγωγικές συνέπειες της ΔΕΠΥ**

Οι έφηβοι με ΔΕΠΥ ξεκινούν από νωρίς να έχουν σεξουαλικές σχέσεις, περίπου στα 15 (Barkley, 2002). Επίσης, τείνουν να έχουν περισσότερους ερωτικούς συντρόφους, επειδή κάνουν μικρές σε διάρκεια σχέσεις. Αυτή η ομάδα είναι λιγότερο πιθανό, σε σύγκριση με τους συνομηλίκους τους, να παίρνουν αντισύλληψη και αυτό οδηγεί σε περισσότερες εφηβικές εγκυμοσύνες και σε σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα. Στην έρευνα Milwaukee η αναλογία του αριθμού γεννήσεων στην ηλικία των 20 ήταν 42:1 (ΔΕΠΥ: Ομάδα ελέγχου). Λιγότερο από το 50% των ατόμων αυτών (με την ΔΕΠΥ) είχαν την κηδεμονία των παιδιών τους, με τα περισσότερα παιδιά να μεγαλώνουν με τους γονείς της μητέρας ή να δίνονται για υιοθεσία. Το ποσοστό των σεξουαλικά μεταδιδόμενων νοσημάτων ήταν 4 φορές μεγαλύτερο στα άτομα με ΔΕΠΥ, σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Barkley, 2002).

### 2.1.6 Συνέπειες της ΔΕΠΥ στην κοινωνική συμπεριφορά του ατόμου

Πολλές διαχρονικές μελέτες έχουν αποδείξει ότι η ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία, κατά την εφηβεία και την ενήλικη ζωή συνδέεται με εγκληματικότητα. Για παράδειγμα μια μελέτη που διεξήχθη στο Λος Άντζελες έδειξε ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ, μεταξύ 6-12 ετών, είχαν σημαντικά υψηλότερα ποσοστά συλλήψεων κατά την εφηβεία (46% έναντι 11%) και κατά την ενήλικη ζωή (21% έναντι 1%), σε σύγκριση με μια ομάδα ελέγχου χωρίς ΔΕΠΥ (ίδιας ηλικίας, ίδιου φύλλου κλπ.) (Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Παρομοίως, μια άλλη μελέτη στη Ν. Υόρκη έδειξε ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ είχαν περισσότερες πιθανότητες απ' ό,τι τα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ, στο μέλλον να συλληφθούν (39% έναντι 20%), να καταδικαστούν (28% έναντι 11%) και να φυλακιστούν (9% έναντι 1%) (Mannuzza, Klein, Konig & Giamprino, 1989 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005). Επιπλέον, σε μια μελέτη στο Σαν Φραντζίσκο, διαπιστώθηκε ότι τα άτομα μιας ομάδας με ΔΕΠΥ είχαν περισσότερες πιθανότητες απ' ό,τι μια άλλη ομάδα χωρίς ΔΕΠΥ, να φυλακιστούν με αναστολή, να φυλακιστούν ή να παραπεμφθούν σε κάποιον κοινωνικό λειτουργό μέσω δικαστηρίου (Lambert, 1988 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Μελετήθηκε επίσης, ο οικονομικός αντίκτυπος της εγκληματικότητας που συνδέεται με την ΔΕΠΥ (Swensen, Secnik, Buesching, Barkley, Fischer & Fletcher, 2001 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005). Τα δεδομένα ήταν από ένα δείγμα παιδιών (4-12 ετών) που επιλέχτηκε το 1979 και το 1980. Μεταγενέστερες συνεντεύξεις διεξήχθησαν σε αυτά τα παιδιά μεταξύ του 1991 και του 1996 και συγκεκριμένα σε 149 παιδιά διαγνωσμένα με ΔΕΠΥ και 76 παιδιά της ομάδας ελέγχου (ηλικίας 19- 25 ετών).

Τα ποινικά τους ιστορικά αξιολογήθηκαν μέσω αυτο-αναφορών, και αφορούσαν εγκληματικές πράξεις (π.χ. κλοπές, επιθέσεις), συλλήψεις ανηλίκων, φυλακίσεις με αναστολή και κανονικές φυλακίσεις. Το κόστος των εγκλημάτων το οποίο επιβαρύνθηκαν τα θύματα και το κόστος του συστήματος ποινικής δικαιοσύνης υπολογίστηκαν με βάση πληροφορίες που συλλέχθηκαν από το Γραφείο Στατιστικής των Ευρωπαϊκών Κοινοτήτων (Bureau of Justice Statistics), από το ομοσπονδιακό γραφείο ερευνών (Federal Bureau of Investigation), και από το Ινστιτούτο Ποινική Δικαιοσύνης (Criminal Justice Institute). Σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, τα άτομα με ΔΕΠΥ είχαν περισσότερο από διπλάσιες πιθανότητες να έχουν συλληφθεί (48% έναντι 20%). Επιπροσθέτως, οι μέσες συνολικές δαπάνες των εγκληματικών ενεργειών ήταν δραματικά μεγαλύτερες για τα άτομα με ΔΕΠΥ από ό,τι των ατόμων χωρίς ΔΕΠΥ (\$ 12.868 έναντι \$ 498). Όλες οι διαφορές ήταν στατιστικά σημαντικές. Παρόλο που αυτή η μελέτη πρέπει να θεωρείται μια πρόχειρη εκτίμηση, τα ευρήματα υποδεικνύουν έντονα ότι η εγκληματικότητα που συνδέεται

με την ΔΕΠΥ οδηγεί σε σημαντικό κόστος για την κοινωνία (Swensen, Secnik, Buesching, Barkley, Fischer & Fletcher, 2001 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005).

### 2.1.7 Το κόστος της συννοσηρότητας

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ τείνουν να εμφανίζουν, σε αυξημένα ποσοστά, άλλες ψυχιατρικές παθήσεις (Swensen, Birnbaum, Secnik, Marynchenko, Greenberg & Claxton, 2003; Pliszka, 2000; Spencer, Biederman & Wilens, 1999 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005). Για παράδειγμα, περίπου 30% των παιδιών με ΔΕΠΥ πληρούν και τα κριτήρια της αγχώδους διαταραχής έναντι του 10% του γενικού πληθυσμού. Τα προβλήματα συμπεριφοράς και η ΕΠΔ είναι ιδιαίτερα συχνά στα παιδιά με ΔΕΠΥ, με ποσοστά συννοσηρότητας περίπου 50%. Άλλες καταστάσεις που συνήθως συνυπάρχουν με τη ΔΕΠΥ είναι οι μαθησιακές δυσκολίες, η κατάθλιψη και ενδεχομένως η διπολική διαταραχή. Κατά την εκτίμηση των επιπτώσεων της ΔΕΠΥ, είναι σημαντικό να υπολογίζουμε αυτές τις συννοσηρές καταστάσεις επειδή μπορούν να επηρεάσουν τη μακροπρόθεσμη πορεία των παιδιών και την ανταπόκριση τους στη θεραπεία (Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Μια μελέτη υπολόγισε την σταδιακή αύξηση του κόστους της θεραπείας της ΔΕΠΥ όταν συνυπάρχει με άλλες καταστάσεις (συννοσηρότητα), και την σύγκρινε με το κόστος της θεραπείας της ΔΕΠΥ όταν δεν υφίσταται κάποια άλλη κατάσταση αλλά μόνο η ΔΕΠΥ (Burd, Klug, Coumbe & Kerbeshian, 2003 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005). Για τις αναλύσεις χρησιμοποιήθηκαν τα στοιχεία του τμήματος υγείας της Βόρειας Ντακότας, των χρονολογιών 1996 και 1997. Γενικά, οι συνυπάρχουσες ψυχιατρικές διαταραχές αύξαναν σημαντικά το κόστος της θεραπείας των παιδιών με ΔΕΠΥ. Για παράδειγμα κατά τη διάρκεια των 2 αυτών ετών, η συνυπάρχουσα κατάθλιψη αύξησε το κόστος κατά μέσο όρο 358 δολάρια ανά ασθενή τον χρόνο.

Αυξήσεις επίσης παρατηρήθηκαν με την συνύπαρξη ΕΠΔ (258 δολάρια), διπολικής διαταραχής (541 δολάρια), διαταραχής της διαγωγής (488 δολάρια), άγχους (499 δολάρια), μη εξαρτημένης χρήσης ουσιών (868 δολάρια), τικ (198 δολάρια) και διαταραχών προσωπικότητας (247 δολάρια). Όμως, και μη ψυχιατρικές διαταραχές επέφεραν αύξηση του κόστους, όπως οι ασθένειες του αναπνευστικού συστήματος (630 δολάρια), η οξεία ιγμορίτιδα (670 δολάρια), γενικά οι τραυματισμοί (972 δολάρια) και οι αλλεργίες (507 δολάρια). Στο δείγμα της Βόρειας Ντακότας, οι μόνες συννοσηρές καταστάσεις οι οποίες συνδέθηκαν με χαμηλότερο κόστος συγκριτικά με τα παιδιά που δε εμφάνιζαν κάποια συννοσηρότητα, ήταν οι μαθησιακές δυσκολίες (-759 δολάρια) και η επιληψία (-777 δολάρια) (Burd, Klug, Coumbe & Kerbeshian, 2003 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Ωστόσο, σε μια άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε για την συνυπάρχουσα επιληψία, με βάση τα στοιχεία κάποιου διοικητικού κέντρου (από το 1998 μέχρι το 2001), βρέθηκαν αντικρουόμενα αποτελέσματα (Marynchenko, Secnik, Allen, Birnbaum & Dunn, 2003 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005). Σε ένα δείγμα, το μέσο ετήσιο κόστος θεραπείας για τα παιδιά με ΔΕΠΥ και συνυπάρχουσα επιληψία ήταν 5.194 δολάρια, έναντι 4.246 δολαρίων για τα παιδιά με ΔΕΠΥ, αλλά χωρίς επιληψία. Εκτός από τα ανάμεικτα αποτελέσματα που σχετίζονται με τις μαθησιακές δυσκολίες και την επιληψία, τα αρχικά ευρήματα υποδεικνύουν ότι οι κοινές συνυπάρχουσες καταστάσεις με τη ΔΕΠΥ συμβάλλουν σε αυξημένα έξοδα θεραπείας αυτού του πληθυσμού (Πίνακας 3) (Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Πίνακας 3: Το κόστος της συννοσηρότητας			
Ερευνητές	Έτος	Συννοσηρότητα	Κόστος θεραπειών (ανά ασθενή τον χρόνο)
Burd L, Klug MG, Coumbe MJ & Kerbeshian J	2003	ΔΕΠΥ + Κατάθλιψη	+ 358 δολάρια
		ΔΕΠΥ + ΕΠΔ	+ 258 δολάρια
		ΔΕΠΥ + Διπολική διαταραχή	+ 541 δολάρια
		ΔΕΠΥ + Διαταραχή διαγωγής	+ 488 δολάρια
		ΔΕΠΥ + Άγχος	+ 499 δολάρια
		ΔΕΠΥ + Μη εξαρτημένης χρήσης ουσιών	+ 868 δολάρια
		ΔΕΠΥ + Τικ	+ 198 δολάρια
		ΔΕΠΥ + μη ψυχιατρικές διαταραχές	+ 630 δολάρια (αναπνευστικές) + 670 δολάρια (οξεία ιγμορίτιδα) + 972 δολάρια (τραυματισμοί) + 507 δολάρια (αλλεργίες)
		ΔΕΠΥ + Μαθησιακές Δυσκολίες	- 759 δολάρια
		ΔΕΠΥ + Επιληψία	- 777 δολάρια
Marynchenko M, Secnik K, Allen A, Birnbaum HG & Dunn D	2003	ΔΕΠΥ + Επιληψία	+ 948 δολάρια

### 2.1.8 Συνέπειες της ΔΕΠΥ στη υγεία και το κόστος τους

Η ΔΕΠΥ συνδέεται με αυξημένο κόστος στην υγειονομική περίθαλψη (Πίνακας 4), ακόμη και όταν αντιμετωπίζεται με ψυχιατρική θεραπεία. Η Kelleher και οι συνεργάτες της (2001) σύγκριναν το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης των παιδιών με ΔΕΠΥ με το κόστος των παιδιών με άσθμα. Η διαφορά του συνολικού κόστους των δυο ομάδων δεν ήταν σημαντική, αλλά η ομάδα με τη ΔΕΠΥ παρουσίαζε στατιστικά σημαντικά υψηλότερο κόστος για φάρμακα και εξωτερικές επισκέψεις (Barkley, 2002).

Η Leibson και οι συνεργάτες της (2001) σύγκριναν την υγειονομική περίθαλψη και το κόστος της, σε παιδιά και εφήβους με και χωρίς ΔΕΠΥ. Παρακολούθησαν τα παιδιά που είχαν γεννηθεί από το 1976-1986 μέχρι το 1995, ως παιδιά με ΔΕΠΥ χαρακτήρισαν εκείνα που προσδιορίζονταν

με ΔΕΠΥ από το σχολείο τους και από τα ιατρικά ιστορικά τους. Οι ομάδες με ΔΕΠΥ ήταν περισσότερο πιθανό να έχουν σοβαρούς τραυματισμούς ή άσθμα απ' ό,τι τα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ. Επιπλέον η ομάδα με την ΔΕΠΥ είχε περισσότερες ενδονοσοκομιακές και εξωνοσοκομιακές έκτακτες εισαγωγές. Το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης των παιδιών και εφήβων με ΔΕΠΥ ήταν το διπλάσιο από εκείνο των παιδιών χωρίς ΔΕΠΥ (Barkley, 2002).

Σε τρεις από τις έρευνες για το άμεσο ιατρικό κόστος της θεραπείας παιδιών με ΔΕΠΥ (Guevara (2001); Swensen, 2003 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005), το ετήσιο κόστος της θεραπείας των παιδιών αυτών συγκρίθηκε με το ετήσιο κόστος της θεραπείας των παιδιών χωρίς ΔΕΠΥ (ίδιου φύλλου και ηλικίας). Τρεις άλλες έρευνες διεξήγαγαν παρόμοιες μελέτες (Burd et al (2003), Mandell et al (2003) σε Matza, Paramore & Prasad, 2005, σ. 2), χωρίς όμως οι ομάδες σύγκρισης να είναι ομοιογενείς. Στις μελέτες τους ο Chan και οι συνεργάτες του (2002), και η Kelleher με τους συνεργάτες της (2001) σύγκριναν το κόστος θεραπείας των παιδιών με ΔΕΠΥ, έναντι του κόστους θεραπείας των παιδιών με άσθμα. Ο Leslie και οι συνεργάτες του (2001) εξέτασαν τις διαχρονικές τάσεις των δαπανών των παιδιών με ΔΕΠΥ και ο Marchetti και οι συνεργάτες του (2001) σύγκριναν το κόστος των τύπων θεραπείας της ΔΕΠΥ. Ο Birnbaum και οι συνεργάτες του (2000) χρησιμοποίησαν τα δεδομένα που ανέλυσαν παλαιότερα η Swensen και οι συνεργάτες της (2003, 2004) για να εκτιμήσουν το επιπλέον κόστος για τον πληθυσμό των ΗΠΑ, το οποίο ορίζεται ως η διαφορά ανάμεσα σε ασθενείς με ΔΕΠΥ και χωρίς ΔΕΠΥ (Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Μια πλειοψηφία μελετών του ιατρικού κόστους χρησιμοποίησε δεδομένα από ιδιωτικές ασφάλειες (για τις ασφαλιστικές αποζημιώσεις) (Guevara et al, 2001; Swensen et al, 2004; Leslie et al, 2001; Birnbaum et al, 2000 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005), από κρατικές ιατρικές υπηρεσίες (Mandell et al, 2003; Kelleher et al, 2001 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005) ή και από τις δυο πηγές (Burd et al, 2003; Leibson et al, 2001 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005). Ο Chan και οι συνεργάτες του (2002) βασίστηκαν στα στοιχεία μιας εθνικής έρευνας για τα νοικοκυριά, ενώ, Marchetti και οι συνεργάτες του (2001) σε βιβλιογραφική ανασκόπηση της γνώμης των ειδικών. Το χρονικό διάστημα των δεδομένων υγειονομικής περίθαλψης που χρησιμοποιήθηκαν στις διάφορες μελέτες κυμαίνεται από το 1987 – 1998 (Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Ο Marchetti και οι συνεργάτες του (2001) εξέτασαν τις δαπάνες έξι διαφορετικών φαρμακευτικών θεραπειών της ΔΕΠΥ: των γνωστών θεραπειών άμεσης απελευθέρωσης Μεθυλφαινιδάτης (Ritalin), δύο γνωστών θεραπειών παρατεταμένης αποδέσμευσης Μεθυλφαινιδάτης (Concerta και Metadate CD), γενικά των θεραπειών Μεθυλφαινιδάτης (άμεσης/παρατεταμένης αποδέσμευσης, και μιας συνδυαστικής θεραπείας αμφεταμινικών



αλάτων (Adderall). Το υψηλότερο ετήσιο αναμενόμενο κόστος, συμπεριλαμβανομένων των εξόδων των ιατρικών επισκέψεων και εξετάσεων σε εργαστήρια, ήταν της θεραπείας Adderall 2.567 δολάρια (2004 ΗΠΑ), ενώ το χαμηλότερο ήταν της θεραπείας παρατεταμένης αποδέσμευσης Μεθυλφαινιδάτης, Metadate CD. Το κόστος για τις άλλες θεραπείες κυμαινόταν από 2.061 δολάρια (Concerta) ως 2.392 δολάρια (Ritalin) (Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Πίνακας 4: Οι έρευνες για το άμεσο κόστος της ΔΕΠΥ (Matza, Paramore & Prasad, 2005)

Ερευνητές	Δείγμα	Πηγές δεδομένων	Ευρήματα
Guevara et al. 2001	Παιδιά 3-17 ετών με ΔΕΠΥ (N = 2992) ≠ παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ (N = 11.968)	Οργανισμός διατήρησης της υγείας στη δυτική πολιτεία της Ουάσιγκτον (1997)	Ετήσιο μέσο κόστος θεραπείας για ΔΕΠΥ \$ 503 ≠ \$ 1.088 ΔΕΠΥ + άλλες διαταραχές ψυχικής υγείας (σε σύγκριση με τα παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ)
Kelleher et al. 2001	Παιδιά 7-20 ετών με ΔΕΠΥ (N = 1.602) ≠ με άσθμα (N = 1.411)	Δεδομένα της Medicaid για τους ασθενείς στο Πίτσμπουργκ, στην Πενσυλβάνια και στους γύρω νομούς (1994-1995)	Ετήσιο μέσο κόστος θεραπείας 2.567 ± 2.959 \$ στη ΔΕΠΥ ≠ 2.382 ± 2.664 \$ στο άσθμα (όχι στατιστικώς σημαντική διαφορά)
Leibson et al.	Παιδιά 5-19 ετών με ΔΕΠΥ (N = 309) ≠ παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ (N = 3.810 (μη ανάλογα ως προς το φύλο, την ηλικία, κ.α)	Ρότσεστερ, Μινεσότα ιατρικές εγκαταστάσεις που συνδέονται με το σύστημα χρέωσης δεδομένων (1987-1995)	Σε 9 έτη το μέσο κόστος θεραπείας για τους ασθενείς με ΔΕΠΥ 6.158 \$ ≠ χωρίς ΔΕΠΥ 2.780 \$ (P <0,001)
Leslie et al. 2001	Παιδιά ≤ 17 ετών που χρησιμοποιούσαν υπηρεσίες ψυχικής υγείας, συμπεριλαμβανομένων και των ασθενών με υπερκινητικότητα (N ~ 10.000)	Δεδομένα υγειονομικής περιθαλψης από πληθυσμό με ιδιωτική ασφάλιση (MarketScan®) (1993-1996)	Ετήσιο κόστος νοσηλείας για κάθε υπερκινητικό ασθενή μειώθηκε από 26.550 \$ το 1993 σε 8.644 \$ το 1996 (P <0,001). Σημαντική μείωση του κόστους θεραπείας και στα εξωτερικά ιατρεία (\$ 931 και \$ 659, αντίστοιχα, P <0,001)
Marchetti et al. 2001	Υποθετική ομάδα παιδιών σχολικής ηλικίας με ΔΕΠΥ	Βιβλιογραφική ανασκόπηση (2000-2001)	Το μέσο συνολικό ετήσιο προβλεπόμενο κόστος για κάθε ασθενή 1.710 \$ για Metadate CD, \$ 1876 για Concerta, 2.061 \$ για μεθυλφαινιδάτη άμεσης/βραδείας απελευθέρωσης (MPH IR / ER), 2.122 \$ για μεθυλφαινιδάτη άμεσης απελευθέρωσης, 2.392 \$ για Ritalin, και 2.567 \$ για Adderall.
Chan et al. 2002	Παιδιά 5-20 ετών με ΔΕΠΥ (N = 165) ≠ άσθμα (N = 322) ή χωρίς καμία διάγνωση (N = 4.952)	Εθνικά αντιπροσωπευτικά στοιχεία έρευνας για τα νοικοκυριά (1996)	Ετήσιο οριακό κόστος θεραπείας 661 \$ για τα παιδιά με ΔΕΠΥ (P <0,001) και \$ 603 για τα παιδιά με άσθμα (p <0,01) (συγκριτικά με το κόστος των παιδιών χωρίς καμία διάγνωση).
Burd et al. 2003 <sup>a</sup>	Παιδιά 0-21 ετών με ΔΕΠΥ (N = 3.872) ≠ παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ (μη ανάλογα σε ηλικία, φύλο κ.α) (N = 95.119)	Βόρεια Ντακότα δεδομένα υγείας (1996-1997)	Ετήσιο μέσο κόστος θεραπείας 870 \$ για τη ΔΕΠΥ ≠ 663 \$ για μη ΔΕΠΥ. (1,9% των συνολικών ετήσιων δαπανών για την υγεία).
Mandell et al. 2003	Παιδιά 3-15 ετών με ΔΕΠΥ (N = 4.306) ≠ παιδιά χωρίς ΔΕΠΥ (N = 60.975)	Δεδομένα της Medicaid για τους ασθενείς στο Πίτσμπουργκ, στην Πενσυλβάνια (1993-1996)	Σε 3 έτη το μέσο κόστος θεραπείας 4.891 \$ για ασθενείς με ΔΕΠΥ ≠ 221 \$ για τους ασθενείς χωρίς ΔΕΠΥ
Swensen et al. 2003	Παιδιά 0-18 ετών με ΔΕΠΥ (N = 1.086) ≠ παιδιών χωρίς ΔΕΠΥ (της ίδιας ηλικίας, φύλου, και κράτους κατοικίας) (N = 1.086)	Δεδομένα από την εταιρία Fortune 100 (1996-1998)	Ετήσιο μέσο κόστος θεραπείας 2.046 ± 3.474 \$ για την ομάδα με ΔΕΠΥ ≠ 703 ± 2.215 \$ για την ομάδα χωρίς ΔΕΠΥ (P <0.0001)
Swensen et al. 2004	Άτομα 0-64 ετών με ΔΕΠΥ (N = 1.308) ≠ χωρίς ΔΕΠΥ της ίδιας ηλικίας, φύλου, κράτους κατοικίας και εργασιακής κατάστασης (N = 1.308)	Δεδομένα από την εταιρία Fortune 100 (1996-1998)	Ετήσιο μέσο κόστος θεραπείας 1.797 \$ για παιδιά με ΔΕΠΥ ≠ 577 \$ χωρίς ΔΕΠΥ (P <0,05), 2.230 \$ για εφήβους με ΔΕΠΥ ≠ 783 \$ χωρίς ΔΕΠΥ (P <0,05), και 4.929 \$ για ενήλικες με ΔΕΠΥ ≠ 1.473 \$ χωρίς ΔΕΠΥ (P <0,05)
Birnbaum et al. 2005	Ασθενείς 7-44 ετών με ΔΕΠΥ (N=1.219) και τα μέλη της οικογένειάς τους κάτω από την ηλικία των 65 (N = 3.692) ≠ ασθενείς χωρίς ΔΕΠΥ (N = 1.219) τα μέλη της οικογένειάς τους	Δεδομένα από την εταιρία Fortune 100 (1996-1998)	Συνολικές παραπανίστιες δαπάνες = η διαφορά μεταξύ ασθενών με ΔΕΠΥ/ μέλη της οικογένειας και των ομάδων ελέγχου)
Secnik et al. 2005b	Άτομα 18-64 ετών με ΔΕΠΥ (N = 2.252) ≠ χωρίς ΔΕΠΥ (N = 2252) (ίδιας ηλικίας, φύλου, ασφαλιστικής κάλυψης, αστικής στατιστικής ζώνης, και κάλυψη ασφάλειας)	Δεδομένα υγειονομικής περιθαλψης από πληθυσμό με ιδιωτική ασφάλιση (MarketScan)(1999-2001)	Οι ενήλικες με ΔΕΠΥ είχαν (P <0,0001) σημαντικά υψηλότερο εξωνοσοκομιακό (\$ 3.009 ≠ \$ 1.491), ενδονοσοκομιακό κόστος (1.259 δολάρια ≠ \$ 514), κόστος συνταγογραφούμενων φαρμάκων (\$ 1.673 ≠ \$ 1.008) και συνολικά ετήσιο ιατρικό κόστος (\$ 5.651 ≠ \$ 2,771) σε σύγκριση με τους ενήλικες χωρίς ΔΕΠΥ
Hakkaart-van Roijen et al. 2007	Παιδιά με ΔΕΠΥ (N=70), παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς (N=35) και παιδιά χωρίς προβλήματα συμπεριφοράς (N=60)	Δεδομένα παιδίατρο, έρευνα ADEON, σχολεία Hakkaart-van Roijen et al., 2007	• Ετήσιο μέσο ιατρικό κόστος ανά ασθενή με ΔΕΠΥ 2.040 € ή 1.173 € όταν παραλείπονταν ένας ασθενής με μακροχρόνια εισαγωγή σε νοσοκομείο, ≠ 288 € παιδιά με προβλήματα συμπεριφοράς ≠ 177 € παιδιά χωρίς προβλήματα συμπεριφοράς. • Άμεσες ιατρικές δαπάνες παιδιών με συνοδά ψυχιατρικά προβλήματα σημαντικά υψηλότερες ≠ παιδιών που είχαν μόνο ΔΕΠΥ.

Τα αποτελέσματα των μελετών του ιατρικού κόστους της ΔΕΠΥ καταλήγουν όλα στο συμπέρασμα ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ είχαν υψηλότερο ετήσιο ιατρικό κόστος απ' ό,τι τα παιδιά των ομάδων ελέγχου, με τη διαφορά τους να κυμαίνεται από 503-1.560 δολάρια για τις ομοιογενείς ομάδες (ίδια ηλικία, φύλλο κλπ. με την ομάδα ΔΕΠΥ) και 207-1.560 δολάρια για τις ανομοιογενείς ομάδες (διαφορετική ηλικία, φύλλο κλπ. από την ομάδα ΔΕΠΥ). Οι υψηλότερες δαπάνες των ασθενών με ΔΕΠΥ οφείλονταν στον αυξημένον αριθμό νοσηλειών, στις επισκέψεις σε γραφεία πρωτοβάθμιας φροντίδας, στις επισκέψεις στα εξωτερικά ιατρεία ψυχικής υγιεινής και στις αγορές από τα φαρμακεία. Ο Birnbaum και οι συνεργάτες του (2000) υπολόγισαν ότι οι επιπλέον δαπάνες για τη θεραπεία της ΔΕΠΥ ήταν 0,53 δις δολάρια για τα κορίτσια και 1,06 δις δολάρια για τα αγόρια και ότι το συνολικό κόστος των δαπανών για την υγειονομική τους περίθαλψη ήταν 0,80 δις δολάρια για τα κορίτσια και 2 δις δολάρια για τα αγόρια (Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Παρόλο που οι επιπτώσεις της ΔΕΠΥ συνεχίζουν και κατά τη ενήλικη ζωή, μόνο τρεις μελέτες εξέτασαν το οικονομικό κόστος των ενηλίκων με ΔΕΠΥ. Η Secnik και οι συνεργάτες της (2005) και η Swensen και οι συνεργάτες της (2004), απέδειξαν ότι οι ενήλικες με ΔΕΠΥ έχουν υψηλότερες ετήσιες ιατρικές δαπάνες (4.929 - 5.651 δολάρια) από τους ενήλικες χωρίς ΔΕΠΥ (1.473-2.771 δολάρια). Ο Birnbaum και οι συνεργάτες του (2005) χρησιμοποίησαν το ίδιο δείγμα με την Swensen και τους συνεργάτες της για να εκτιμήσουν τις επιπλέον δαπάνες που πραγματοποιούνται για τους ενήλικες με ΔΕΠΥ σε σύγκριση με τους ενήλικες χωρίς ΔΕΠΥ. Οι επιπλέον δαπάνες που σχετίζονταν με τη θεραπεία της ΔΕΠΥ ήταν 0,13 δις δολάρια για τις γυναίκες και 0,40 δις δολάρια για τους άντρες, καθώς οι επιπλέον δαπάνες του συνολικού κόστους υγειονομικής περίθαλψης ήταν 4.79 δις δολάρια για τις γυναίκες και 8.51 δις δολάρια για τους άνδρες (Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Τρεις δημοσιευμένες μελέτες έχουν εφαρμόσει τεχνικές ανάλυσης για την εκτίμηση της σχέσης κόστους και αποτελεσματικότητας των φαρμακευτικών θεραπειών της ΔΕΠΥ (Πίνακας 5). Στις δύο από αυτές έρευνες (Gilmore & Milne, 2001; Lord & Paisley, 2000 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005) η αποτελεσματικότητα της θεραπείας μετρήθηκε με μια κλίμακα (QALYs), η οποία ενσωματώνει την ποιότητα των παροχών και του χρόνου ζωής (Torrance, 1986). Στην τρίτη μελέτη, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας βασιζόταν στα κέρδη που ορίζει η Κλίμακα Connors (Teacher Rating Scale), μια πολύ γνωστή κλίμακα που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της συμπεριφοράς των παιδιών στην τάξη (Zupancic et al, 1998 σε Matza, Paramore & Prasad, 2005).

<b>Πίνακας 5: Μελέτες για το κόστος της αποτελεσματικότητας των θεραπειών της ΔΕΠΥ (Matza, Paramore &amp; Prasad, 2005).</b>			
<b>Ερευνητές</b>	<b>Θεραπείες</b>	<b>Σκοπός μελέτης</b>	<b>Ευρήματα</b>
Gilmore & Milne 2001	Μεθυλφαινιδάτη, εικονικό φάρμακο (placebo)	Εκτίμηση του κόστους-χρησιμότητας της θεραπείας	Το κόστος για κάθε επιπλέον QALY* που αποκτήθηκε με τη θεραπεία της μεθυλφαινιδάτης (έναντι της θεραπείας με εικονικό φάρμακο, δηλαδή χωρίς θεραπεία) κυμαίνεται από 15.509-19.281 δολάρια κατά την εξέταση των βραχυπρόθεσμων και μεσοπρόθεσμων οφελών της μεθυλφαινιδάτης. Το κόστος ανά QALY που εκτιμήθηκε από 'ευαίσθητες' αναλύσεις ήταν 9.850 - 59.101 δολάρια
Novartis data on file (Lord & Paisley 2000)	Μεθυλφαινιδάτη, εικονικό φάρμακο (placebo)	Εκτίμηση του κόστους-χρησιμότητας της θεραπείας	Το κόστος για κάθε επιπλέον QALY που αποκτήθηκε με τη θεραπεία της μεθυλφαινιδάτης (έναντι της θεραπείας με εικονικό φάρμακο, δηλαδή χωρίς θεραπεία) ήταν 27.766 δολάρια.
Zupancic et al. 1998	Μεθυλφαινιδάτη, εικονικό φάρμακο (placebo)	Εκτίμηση του κόστους-χρησιμότητας της θεραπείας	Το κόστος για κάθε επιπλέον πόντο στην Κλίμακα Βαθμολόγησης Connors Teacher Rating Scale που αποκτήθηκε με τη θεραπεία της μεθυλφαινιδάτης (έναντι της θεραπείας με εικονικό φάρμακο, δηλαδή χωρίς θεραπεία) ήταν 93 δολάρια.

\*QALY= μέτρο της επιβάρυνσης της ασθένειας, χρησιμοποιείται για την εκτίμηση της αξίας των χρημάτων που σπαταλούνται για ιατρικές παρεμβάσεις, ενσωματώνει την ποιότητα των παροχών και του χρόνου ζωής.

Συνολικά, τα αποτελέσματα των αναλύσεων των τριών μοντέλων δείχνουν ότι η μεθυλφαινιδάτη είναι μια οικονομικά αποδοτική επιλογή θεραπείας για τα παιδιά με ΔΕΠΥ. Το κόστος ανά QALY κατά την Gilmore και τον Milne στη μελέτη τους κυμαινόταν από 15.509-19.281 δολάρια κατά την εξέταση των βραχυπρόθεσμων και μεσοπρόθεσμων οφελών της μεθυλφαινιδάτης. Ωστόσο, οι Matza, Paramore & Prasad (2005) σημείωσαν ότι η απόδειξη της σχέσης κόστους-αποτελεσματικότητας πέραν των 6 μηνών δεν είναι ισχυρή, και δεν είναι βέβαιο αν τα αποτελέσματα της μεθυλφαινιδάτης επιμένουν στην εφηβεία και την ενήλικη ζωή. Στη μελέτη της Novartis βρέθηκε ότι το κόστος ανά QALY ήταν 27.766 δολάρια (Matza, Paramore & Prasad, 2005).

Οι ψυχοφαρμακολογικές θεραπείες, και ιδίως εκείνες με τα διεγερτικά φάρμακα, μειώνουν τα βασικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ στα πλαίσια των σωματικών λειτουργιών (MTA cooperative group σε Loe & Feldman, 2007). Επίσης, έχει αποδειχτεί ότι βελτιώνουν τις ικανότητες των παιδιών να χειρίζονται γενικά καθήκοντα και απαιτήσεις. Για παράδειγμα τα φάρμακα έχει αποδειχτεί ότι βελτιώνουν την ακαδημαϊκή επίδοση, όπως φανερώνει η βελτίωση στην ποιότητα των σημειώσεων, τα σκορ από τα τεστ, το ποσοστό του γραπτού λόγου που παράγουν και η ολοκλήρωση των μαθημάτων στο σπίτι (Evans, Pelhalm, Smith et al, 2001 σε Loe & Feldman, 2007). Ωστόσο, τα διεγερτικά δεν σχετίζονται με την ομαλοποίηση των δεξιοτήτων στον τομέα της μάθησης και της εφαρμογής της γνώσης (Rappoport, Denney, DuPaul & Gardner, 1994 σε Loe & Feldman, 2007). Για παράδειγμα, τα διεγερτικά φάρμακα γενικώς δεν συνδέονται με βελτιώσεις στην αναγνωστική ικανότητα (Forness, Swanson, Cantwell, Youpa & Hanna, 1992; Hetchman & Greenfield, 2003 σε Loe & Feldman, 2007).

Σε μακροχρόνιες μελέτες τα υποκείμενα επιδείκνυαν φτωχά αποτελέσματα συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου είτε λάμβαναν φαρμακευτική αγωγή, είτε όχι (Gittelman, Mannuza, Shenker & Bonagura, 1985; Barkley, Fischer, Edelbrock & Smallish, 1990; Mannuza, Klein, Bessler, Malloy et al, 1993; Hetchman & Greenfield, 2003; Hetchman, Weiss & Perlman, 1984; Fischer, Barkley, Smallish & Fletcher, 2002 σε Loe & Feldman, 2007). Παρά ταύτα, πρέπει να δίδεται μεγάλη προσοχή κατά την ερμηνεία αυτών των ευρημάτων αφού οι έρευνες συχνά δεν περιλαμβάνουν ομάδα απόμων με ΔΕΠΥ που δεν λαμβάνουν θεραπεία, επομένως, δεν μπορεί να προσδιοριστεί αν τα αποτελέσματα θα ήταν ακόμη χειρότερα χωρίς θεραπεία (Loe & Feldman, 2007).

Ένα ακόμη γνωστό πρόβλημα είναι ότι κατά τις έρευνες συνεχούς παρακολούθησης, κάποιοι συμμετέχοντες χάνονται και έτσι μπορεί να λαμβάνονται υπόψη στην έρευνα μόνο εκείνοι με τα χειρότερα αποτελέσματα. Επίσης, ένα τρίτο θέμα είναι ότι τα περισσότερα παιδιά λαμβάνουν αγωγή μόνο για 2-3 χρόνια, έτσι παραμένει αδιευκρίνιστο κατά πόσο μια σταθερή θεραπεία πολλών χρόνων θα επέφερε καλύτερα αποτελέσματα (Reid, Hakendrof & prosser, 2002 σε Loe & Feldman, 2007). Για όλους τους παραπάνω λόγους τα πραγματικά αποτελέσματα των ιατρικών θεραπειών δεν είναι απολύτως ξεκάθαρα.

### **2.1.9 Ακαδημαϊκές και εκπαιδευτικές συνέπειες της ΔΕΠΥ**

Οι σχολικές επιδόσεις επηρεάζονται από τη ΔΕΠΥ (Πίνακας 6). Η ΔΕΠΥ συνδέεται με πολλούς αναπτυξιακούς κινδύνους. Μεταξύ αυτών των κινδύνων, οι μαθησιακές δυσκολίες επηρεάζουν συχνότερα τα παιδιά με ΔΕΠΥ. Πολλά παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν φτωχή επίδοση στο σχολείο με μεγαλύτερο πρόβλημα την μειωμένη παραγωγικότητα. Οι μαθησιακές δυσκολίες στην

ανάγνωση, στην ορθογραφία και στα μαθηματικά είναι συνηθισμένες σε αυτήν την ομάδα (Barkley, 2002).

Σύμφωνα με το στατιστικό κέντρο εκπαίδευσης του υπουργείου παιδείας των ΗΠΑ (2001) περίπου το 32% με 38% των εφήβων με ΔΕΠΥ δεν ολοκληρώνουν ποτέ το λύκειο ενώ, εθνικά ο μέσος όρος εγκατάλειψης του λυκείου είναι 5%. Μάλιστα τα δεδομένα μιας έρευνας, της 'Milwaukee Young Adult' (Barkley, 2002), τα οποία αξιολογήθηκαν από αυτοαναφορές και από πρακτικά λυκείων αποκάλυψαν ότι οι νέοι με ΔΕΠΥ είχαν περισσότερες πιθανότητες (συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου) να μείνουν στην ίδια τάξη (42% έναντι 13%), να αποβληθούν προσωρινά (60% έναντι 19%) ή να αποβληθούν μόνιμα (14% έναντι 6%). Ενώ, πολλοί νέοι με ΔΕΠΥ που παρέμειναν στο σχολείο επιτύγχαναν χαμηλούς μέσους όρους βαθμών. Ελάχιστοι νέοι με ΔΕΠΥ εισήχθησαν στα κολέγια (22% ) και από αυτούς μόνο ένα 5% κατάφεραν να αποφοιτήσουν. Τα ευρήματα της έρευνας Milwaukee επιβεβαιώθηκαν στην συνέχεια και από άλλες έρευνες (Barkley, 2002).

Η ΔΕΠΥ λοιπόν, σχετίζεται με κακούς βαθμούς, φτωχή ανάγνωση, χαμηλές επιδόσεις στα σταθμισμένα τεστ των μαθηματικών και αυξημένα επίπεδα επανάληψης της ίδιας τάξης. Τα σκορ τους στις σταθμισμένες δοκιμασίες της ανάγνωσης και της αριθμητικής είναι χαμηλότερα από εκείνα της ομάδας ελέγχου (Loe & Feldman, 2007).

Τα παιδιά με ΔΕΠΥ πραγματοποιούν αυξημένη χρήση (4-5 φορές περισσότερο από την ομάδα ελέγχου) των σχολικών υπηρεσιών, βοηθητικών υπηρεσιών, εξειδικευμένων μαθημάτων αποκατάστασης, προγραμμάτων μετά το σχολείο και γενικότερα των ειδικών υπηρεσιών. Η φαρμακολογική θεραπεία και η θεραπεία τροποποίησης της συμπεριφοράς συνδέονται με την μείωση των βασικών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ και με την αύξηση της ακαδημαϊκής επίδοσης, αλλά όχι με την βελτίωση των αποτελεσμάτων στα σταθμισμένα τεστ ή του τελικού μορφωτικού τους επιπέδου (Loe & Feldman, 2007).

Στην βιβλιογραφία αναφέρονται αντικρουόμενα δεδομένα για το αν υπάρχουν σημαντικές διαφορές στα ακαδημαϊκά και εκπαιδευτικά χαρακτηριστικά μεταξύ των παιδιών του συνδυαστικού τύπου και του απρόσεκτου τύπου της ΔΕΠΥ (Carlson & Mann, 2000; Milich, Valentine & Lynam σε Loe & Feldman, 2007). Κάποιες έρευνες δεν έχουν βρει διαφορές στην ακαδημαϊκή επίδοση, στη χρήση ειδικών υπηρεσιών και στα ποσοστά αποφοίτησης από το λύκειο μεταξύ των δυο τύπων (Murphy, Barkley & Bush, 2000 σε Loe & Feldman, 2007). Αντιθέτως, μια μεγάλη έρευνα σε παιδιά δημοτικού απέδειξε ότι τα παιδιά με τον απρόσεκτο τύπο ήταν περισσότερο πιθανό να έχουν χαμηλότερους βαθμούς (κάτω από τον μέσο όρο) ή να αποτυγχάνουν στο σχολείο απ' ότι τα παιδιά με τον υπερκινητικό-παρορμητικό τύπο (Baumgaertel, Wolraich & Dietrich, 1995 σε Loe & Feldman, 2007).

Σε μια άλλη έρευνα που υποστηρίζει την παραπάνω υπόθεση βρέθηκε ότι σε αίθουσες διδασκαλίας παιδιών με μαθησιακές δυσκολίες υπήρχε μεγαλύτερος αριθμός παιδιών απρόσεκτου τύπου ΔΕΠΥ από εκείνο των παιδιών του συνδυασμένου τύπου. Διαπιστώθηκε δηλαδή ότι τα παιδιά με τον απρόσεκτο τύπο ΔΕΠΥ παρουσίαζαν συχνότερα μαθησιακές δυσκολίες σε σύγκριση με τα παιδιά του συνδυασμένου τύπου ΔΕΠΥ (Barkley, DuPaul & Mc Murray, 1990 σε Loe & Feldman, 2007). Όπως ανέφεραν όμως και οι DuPaul & Stoner (2003), δεν έχουν διεξαχθεί άλλες μακροχρόνιες συγκριτικές μελέτες για τα ακαδημαϊκά και εκπαιδευτικά αποτελέσματα των υποτύπων τις ΔΕΠΥ, επομένως τα δεδομένα είναι περιορισμένα.

Ένα ερώτημα που προκύπτει από τα παραπάνω και οι Fergusson & Horwood (1992) επιχείρησαν να απαντήσουν είναι αν στην πραγματικότητα η διάσπαση προσοχής προκαλεί σχολική αποτυχία ή αν εναλλακτικά η σχολική αποτυχία οδηγεί στην διάσπαση προσοχής. Χρησιμοποίησαν τα δεδομένα που συλλέχτηκαν στην πορεία της μελέτης Christchurch Child Development (Fergusson, Horwood, Shannon & Lawton, 1989 σε Fergusson & Horwood, 1992) κατά την οποία είχαν μετρηθεί η προσοχή και η αναγνωστική ικανότητα μιας ομάδας παιδιών (N=1265), τα οποία παρακολουθούνται από την γέννηση τους μέχρι τα 12 χρόνια τους (Fergusson & Horwood, 1992). Δυο ήταν τα τεστ που χρησιμοποιήθηκαν για την μέτρηση της αναγνωστικής ικανότητας των παιδιών το New Zealand revision of the Burt Word Reading Test (Gilmore, Croft & Reid, 1981) και μια ερευνητική εκδοχή του Progressive Achievement Test of reading comprehension (Elley & Reid, 1969). Η προσοχή μετρήθηκε μέσω αναφορών δασκάλων και γονέων με μια λίστα που περιλάμβανε αντικείμενα από τα ερωτηματολόγια Rutter (Rutter, Tizard & Whitmore, 1970) and Conners (Conners, 1969, 1970). Το συμπέρασμα ήταν ότι στην ηλικία των 12 χρόνων τα επίπεδα της διάσπασης προσοχής επηρέαζαν την αναγνωστική ικανότητα των παιδιών, αλλά δε βρέθηκαν στοιχεία που να υποστηρίζουν ότι η αναγνωστική ικανότητα των παιδιών στα 12 επηρέαζε την διάσπαση προσοχής (Fergusson & Horwood, 1992).

### ***Τα ακαδημαϊκά και εκπαιδευτικά προβλήματα είναι παροδικά ή μόνιμα;***

Μακροχρόνιες μελέτες έδειξαν ότι η ακαδημαϊκή αποτυχία και τα φτωχά εκπαιδευτικά αποτελέσματα που σχετίζονται με τη ΔΕΠΥ είναι μόνιμα. Το 50-80% των εφήβων συνεχίζουν να πληρούν τα κριτήρια της ΔΕΠΥ και μετά την παιδική ηλικία κατά την εφηβεία (Barkley et al, 1990b; Gittelman et al, 1985 σε Barkley et al, 1991). Πολλοί έφηβοι συνεχίζουν επίσης να αντιμετωπίζουν δυσκολίες στην ακαδημαϊκή τους επίδοση (Ackerman et al, 1977 σε Barkley et al, 1991). Συγκεκριμένα, το 58% επαναλαμβάνουν την τάξη (Barkley et al, 1990b; Brown & Borden, 1986 σε Barkley et al, 1991), περίπου το 40% λαμβάνει ειδικές εκπαιδευτικές υπηρεσίες και το 35% αποτυγχάνει να τελειώσει το λύκειο (Weiss & Hechtman, 1986 σε Barkley et al, 1991).



Οι ακαδημαϊκές δυσκολίες των παιδιών με ΔΕΠΥ αρχίζουν στα πρώτα χρόνια της ζωής, συγκεκριμένα τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ συνήθως πρωτοαναφέρονται όταν τα παιδιά είναι 3-6 χρονών (Gadow, Sprafkin & Noland, 2001 σε Loe & Feldman, 2007). Επίσης, επισημαίνεται ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠΥ ή με συμπτώματα της ΔΕΠΥ είναι περισσότερο πιθανό να βρίσκονται πίσω στις δεξιότητες ακαδημαϊκής ετοιμότητας (Mariani & Barkley; DuPaul, McGoe, Eckert & Vanbrakle, 2001 σε Loe & Feldman, 2007).

Πολλές έρευνες παρακολούθησαν παιδιά σχολικής ηλικίας με ΔΕΠΥ μέχρι την εφηβεία και την ενηλικίωση τους. Ένα από τα συμπεράσματα που προέκυψαν είναι ότι τα πρώτα συμπτώματα της υπερκινητικότητας, της απροσεξίας, της παρορμητικότητας και της επιθετικότητας τείνουν να μειώνονται σε σοβαρότητα με την πάροδο του χρόνου, αλλά συνεχίζουν να υπάρχουν σε υψηλά επίπεδα σε σύγκριση με τις ομάδες ελέγχου (Weiss & Hechtman, 1993 σε Loe & Feldman, 2007).

Επιπροσθέτως αποδείχτηκε ότι οι συμμετέχοντες, τους οποίους οι ερευνητές παρακολούθησαν μέχρι την εφηβεία τους, επιτύγχαναν χαμηλότερες βαθμολογίες σε όλα τα σχολικά μαθήματα, είχαν τις χαμηλότερες βαθμολογίες μέσα στην τάξη και η επίδοσή τους στα σταθμισμένα ακαδημαϊκά τεστ ήταν πολύ χαμηλή συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου (Weiss, Hechtman, Perlman, Hopkins & Wener, 1979; Fischer, Barkley, Edelbrock & Smallish, 1990 σε Loe & Feldman, 2007).

Μέσω των ιστορικών των σχολείων, επισημαίνονται μόνιμα προβλήματα των παιδιών με ΔΕΠΥ στην κοινωνική συμμετοχή (συμπεριλαμβανομένου τα περισσότερα χρόνια για την ολοκλήρωση του λυκείου), μικρότερο ποσοστό φοίτησης στα κολέγια και χαμηλότερα ποσοστά αποφοίτησης από τα κολέγια πάντοτε σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου (Mannuzza, Klein, Bessler, Malloy et al, 1993; Weiss, Hechtman, Milroy & Perlman, 1985; Barkley, 2000; Barkley, 2006 σε Loe & Feldman, 2007).

Η γενική εικόνα επομένως είναι, ότι ένα από τα συνεχόμενα προβλήματα της απροσεξίας, υπερκινητικότητας, παρορμητικότητας, αντικοινωνικής συμπεριφοράς και σχολικής αποτυχίας στην εφηβεία, σε πολλά παιδιά διαγιγνώσκονται ως ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία (Barkley et al, 1991). Από τις μακροχρόνιες έρευνες προκύπτει, ότι τα άτομα με ΔΕΠΥ κατά την ενηλικίωση τους εμπίπτουν σε μια από τις τρεις παρακάτω βασικές ομάδες 1) περίπου το 25% στο τέλος λειτουργούν όπως η ομάδα ελέγχου, 2) η πλειοψηφία επιδεικνύει συνεχόμενα προβλήματα λειτουργικότητας, περιορισμένη κοινωνική συμμετοχή, ιδιαίτερα κακή πρόοδο στο σχολείο και 3) λιγότερο από το 25% αναπτύσσουν σημαντικά προβλήματα (π.χ. ψυχιατρικές και/ή αντικοινωνικές διαταραχές) (Hechtman, 2000 σε Loe & Feldman, 2007).



Πίνακας 6: Οι ακαδημαϊκές και εκπαιδευτικές συνέπειες της ΔΕΠΥ		
Πηγή	Άτομα με ΔΕΠΥ	Άτομα χωρίς ΔΕΠΥ
Υπουργείο παιδείας ΗΠΑ (2001)	32%-38% δεν ολοκληρώνουν το σχολείο (5% εθνικά ο μέσος όρος)	
Milwaukee Young Adult (έρευνα)	42% μένουν στην ίδια τάξη (3 φορές περισσότερο από τους μη ΔΕΠΥ)	13% μένουν στην ίδια τάξη
Milwaukee Young Adult (έρευνα)	60% να αποβληθούν προσωρινά (3 φορές περισσότερο από τους μη ΔΕΠΥ)	19% να αποβληθούν προσωρινά
Milwaukee Young Adult (έρευνα)	14% να αποβληθούν μόνιμα (2 φορές περισσότερο από τους μη ΔΕΠΥ)	6% να αποβληθούν μόνιμα
Milwaukee Young Adult (έρευνα)	22% εισαγωγή σε κολέγιο, μόνο 5% αποφοίτησαν	
Barkley et al, 1991	58% εφήβων με ΔΕΠΥ επαναλαμβάνουν την τάξη	
Barkley et al, 1991	40% εφήβων με ΔΕΠΥ λαμβάνει ειδικές εκπαιδευτικές υπηρεσίες	
Barkley et al, 1991	35% αποτυγχάνει να τελειώσει το λύκειο	

## 2.2 Η ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΗΣ ΔΕΠΥ

### 2.2.1 Συμπεριφορική διαχείριση της ΔΕΠΥ

Οι συμπεριφορικές παρεμβάσεις για τη ΔΕΠΥ, συμπεριλαμβανομένων της συμπεριφορικής εκπαίδευσης των γονιών, των συμπεριφορικών παρεμβάσεων στην τάξη, της θετικής ενίσχυσης και της κάλυψης οικονομικών αναγκών, αποδεικνύονται αποτελεσματικές στη μείωση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ (DuPaul & Stoner, 2003; Barkley, 2006; Pelham, Wheeler & Chronis, 1998 σε Loe & Feldman, 2007). Ωστόσο, κατά τη σύγκριση τους οι συμπεριφοριστικές τεχνικές διαχείρισης είναι λιγότερο αποτελεσματικές από τις ψυχο-διεγερτικές θεραπείες στη μείωση των βασικών συμπτωμάτων (MTA Cooperative Group, 1999 σε Loe & Feldman, 2007).

Έχει αποδειχτεί ότι η διαχείριση της συμπεριφοράς είναι ισοδύναμη ή καλύτερη από την φαρμακευτική αγωγή στην βελτίωση κάποιων πτυχών της λειτουργικότητας, όπως της αλληλεπίδρασης παιδιού-γονέα και της μείωσης της αντιθετικής-προκλητικής συμπεριφοράς. Παρόλα αυτά, το πρόβλημα στη βιβλιογραφία είναι ότι οι περισσότερες έρευνες για αυτές τις παρεμβάσεις αξιολογούν το αντίκτυπο που έχουν στην συμπεριφορά του ατόμου και όχι στα ακαδημαϊκά, εκπαιδευτικά του αποτελέσματα (Loe & Feldman, 2007).

### 2.2.2 Συνδυασμένη διαχείριση της ΔΕΠΥ

Λόγω της χρόνιας φύσης της ΔΕΠΥ και των επιπτώσεων της σε πολλούς τομείς της λειτουργικότητας είναι πιθανό να χρειάζονται πολλές προσεγγίσεις θεραπείας. Ωστόσο, ο αντίκτυπος των συνδυασμένων αυτών θεραπειών μελλοντικά στα ακαδημαϊκά και εκπαιδευτικά αποτελέσματα δεν έχει μελετηθεί επαρκώς. Η συνδυασμένη αντιμετώπιση (φαρμακευτική +

συμπεριφορική), σε μια μελέτη που πραγματοποιήθηκε στα παιδιά με ΔΕΠΥ, αποδείχτηκε περισσότερο αποτελεσματική από την συμπεριφορική αντιμετώπιση και από την κοινοτική φροντίδα για την ανάγνωση. Τα αποτελέσματα όμως δεν είναι ξεκάθαρα αφού οι διαφορές ήταν μικρές και αμφιβόλου κλινικής σημασίας (MTA Cooperative Group, 1999 σε Loe & Feldman, 2007).

Επιπλέον, υποστηρίζεται ότι τα παιδιά με ΔΕΠΥ και συνυπάρχουσες περιβαλλοντικές δυσκολίες ή άγχος επωφελούνται από τον συνδυασμό φαρμάκων και διαχείρισης της συμπεριφοράς (March, Swanson, Arnold et al, 2000; Jensen, Hinshaw, Swanson et al, 2001 σε Loe & Feldman, 2007). Και σε αυτήν την περίπτωση όμως, χρειάζονται περισσότερες έρευνες οι οποίες θα προσδιορίσουν αν η συνδυαστική αντιμετώπιση έχει μεγαλύτερη επίδραση στα ακαδημαϊκά και εκπαιδευτικά αποτελέσματα σε κάποιους υποπληθυσμούς απ' ότι σε άλλους.

Όσον αφορά την ακαδημαϊκή επίδοση και απόδοση, μια διετής μελέτη σύγκρινε τη θεραπεία με μελθυφαινιδάτη με τις πολυμορφικές ψυχοκοινωνικές θεραπείες και δεν βρήκε κανένα πλεονέκτημα της συνδυαστικής θεραπείας έναντι της φαρμακευτικής στις ακαδημαϊκές μετρήσεις (Hetchman, Abikoff, Klein et al, 2004 σε Loe & Feldman, 2007). Η πολυμορφική θεραπεία περιλάμβανε ακαδημαϊκή βοήθεια, εξάσκηση δεξιοτήτων οργάνωσης, ατομική ψυχοθεραπεία, εξάσκηση κοινωνικών δεξιοτήτων και αν ήταν απαραίτητο αποκατάσταση της ανάγνωσης με τη μέθοδο της φωνολογίας.

Με λίγα λόγια και τα τρία σχήματα αντιμετώπισεων (ιατρικό – συμπεριφορικό - συνδυασμένο), βοηθούν τα παιδιά με ΔΕΠΥ, καμιά όμως δεν οδηγεί στην ουσιαστική βελτίωση των ακαδημαϊκών, εκπαιδευτικών αποτελεσμάτων των παιδιών. Παρά ταύτα δεν θα πρέπει οι εν λόγω αντιμετώπισεις να υποτιμούνται και να παραβλέπονται καθώς τα αποτελέσματά τους δεν έχουν ακόμη μελετηθεί εκτενώς, χωρίς σημαντικούς μεθοδολογικούς περιορισμούς.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΔΕΠΥ ΣΤΗΝ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗ ΗΛΙΚΙΑ**

### **3.1 Η ΔΕΠΥ στη προσχολική ηλικία- Πρώιμη παρέμβαση**

Η επικράτηση της ΔΕΠΥ στα παιδιά προσχολικής ηλικίας είναι συγκρίσιμη με εκείνη των παιδιών σχολικής ηλικίας (2-6%) (Posner, Pressman & Greenhill, 2009 σε Hanna, 2009). Ο απρόσεκτος τύπος είναι σπάνιος (περίπου 2%), ενώ ο συνδυαστικός τύπος κυριαρχεί και συνδέεται με σοβαρές δυσκολίες (Robb, 2006 σε Hanna, 2009). Πάνω από το 70% των παιδιών προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠΥ εμφανίζουν τουλάχιστον ακόμη μια συνυπάρχουσα διαταραχή. Η

προσχολική ηλικία συνδέεται με αυξημένη συννοσηρότητα. Περίπου το 25% των παιδιών προσχολικής ηλικίας παρουσιάζουν επίσης προβλήματα λόγου ή ομιλίας (Posner, Pressman & Greenhill, 2009 σε Hanna, 2009).

Υπάρχει ισοδυναμία ανάμεσα στη ΔΕΠΥ προσχολικής ηλικίας και στη ΔΕΠΥ σχολικής ηλικίας όσον αφορά τα συμπτώματα, τις αδυναμίες και την παθοφυσιολογία (Burns et al, 1997; DuPaul, McGoey, Eckert & VanBrackle, 2001; Fantuzzo et al, 2001; Gadow & Nolan, 2002; Lahey et al., 1998; Pavuluri, Luk & McGee, 1999; Sonuga-Barke et al, 1994; Sonuga-Barke et al, 1997; Speltz, McClellan, DeKlyen & Jones, 1999; Wilens et al., 2002 σε Dorfner, Rothenberger & Sonuga-Barke, 2004). Παρόλα αυτά, τα διαγνωστικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται για τα μεγαλύτερα παιδιά είναι ακατάλληλα για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας (Sonuga-Barke, Daley, Thompson & Swanson, 2003 σε Dorfner, Rothenberger & Sonuga-Barke, 2004).

Η ΔΕΠΥ στην προσχολική ηλικία συνδέεται συνήθως με σημαντικές δυσκολίες στους περισσότερους τομείς της ζωής του παιδιού π.χ. στο σπίτι, στο σχολείο, στην ασφάλεια του και στην κοινωνική του λειτουργικότητα (Posner, Pressman & Greenhill, 2009 σε Hanna, 2009). Τα παιδιά με ΔΕΠΥ αποβάλλονται συνήθως από τον παιδικό σταθμό ή το νηπιαγωγείο εξαιτίας της διαταρακτικής τους συμπεριφοράς. Βιώνουν πιο έντονα την ακαδημαϊκή αποτυχία και παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για ατυχήματα, τραυματισμούς ή δηλητηριάσεις. Επίσης, επισκέπτονται συχνότερα το τμήμα των επειγόντων περιστατικών (κατά μέσο όρο 18 επισκέψεις μέσα σε 15 μήνες) (Greenhill, Posner, Vaughan & Kratochvil, 2008 σε Hanna, 2009).

Λαμβάνοντας υπόψη μόνο τις αναφορές των γονιών για την ΔΕΠΥ, μπορεί να οδηγήσει στην υπερβολική διάγνωσή της. Ωστόσο, η απροσεξία όπως και άλλα συμπτώματα της ΔΕΠΥ μπορεί να μην είναι ευδιάκριτα προτού το παιδί ξεκινήσει το σχολείο. Έτσι πολλά παιδιά προσχολικής ηλικίας δεν λαμβάνουν επαρκή θεραπεία ή σωστή αξιολόγηση (Greenhill, Posner, Vaughan & Kratochvil, 2008 σε Hanna, 2009).

Σε μια έρευνα, που χρηματοδοτήθηκε από το NIMH, αναφέρεται ότι η μεθυλφαινιδάτη είναι αποτελεσματική για την θεραπεία της ΔΕΠΥ στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, παρόλα αυτά οι δόσεις θα πρέπει να είναι μικρότερες και η χορήγηση της περισσότερο συντηρητική σε σύγκριση με τα παιδιά σχολικής ηλικίας (Greenhill, Posner, Vaughan & Kratochvil, 2008 σε Hanna, 2009; Kollins & Greenhill, 2006 σε Wolraich, 2006). Στην εν λόγω έρευνα, η μείωση των συμπτωμάτων ήταν ανάλογη με την δοσολογία. Η καλύτερη δοσολογία (ο μέσος όρος) ημερησίως ήταν 14 mg. Η εκπαίδευση-συμβουλευτική των γονέων και/ή η ψυχοκοινωνική θεραπεία ίσως να είναι χρήσιμη για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας με ΔΕΠΥ, αλλά αν κάποιος γονιός έχει επίσης ΔΕΠΥ, ίσως η θεραπευτική αγωγή του γονέα να αποτελεί την προϋπόθεση για την επιτυχία της "θεραπείας" του παιδιού (Greenhill, Posner, Vaughan & Kratochvil, 2008 σε Hanna, 2009).

Στις ΗΠΑ το 56.3% των παιδιών ηλικίας 4-17 χρονών με ΔΕΠΥ ακολουθούν κάποια φαρμακευτική αγωγή (Centers for Disease Control and Prevention, 2005 σε Davis & Williams, 2010). Μια έρευνα αναφέρει ότι από το 1991-1995 τριπλασιάστηκε η χρήση των φαρμάκων σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (Zito et al, 2000 σε Davis & Williams, 2010). Το ετήσιο κόστος συντηρητικά εκτιμάται πάνω από 3 δις (Centers for Disease Control and Prevention, 2005 σε Davis & Williams, 2010).

Είναι ξεκάθαρο ότι χρειάζονται περισσότερα στοιχεία για την καλύτερη κατανόηση των παραγόντων που σχετίζονται με την αύξηση της συχνότητας εμφάνισης της ΔΕΠΥ προκειμένου να αναπτυχθούν στρατηγικές πρόληψης και θεραπείας. Επίσης, είναι αναγκαίο να διερευνηθούν τα μακροχρόνια αποτελέσματα που έχουν τα διεγερτικά φάρμακα και οι εναλλακτικές ή συμπληρωματικές θεραπείες, ιδίως στα παιδιά προσχολικής ηλικίας. Επί του παρόντος ελάχιστα γνωρίζουμε για την ΔΕΠΥ και την θεραπεία της στην προσχολική ηλικία (Greenhill et al, 2008 σε Davis & Williams, 2010).

Σύμφωνα με μια μακροχρόνια έρευνα των Campbell & Ewing (1990) βρέθηκε ότι το 50% των παιδιών που είχαν χαρακτηριστεί ως 'δύσκολα' παιδιά στην προσχολική ηλικία, δηλαδή ως παιδιά με πιθανή ΔΕΠΥ, στην ηλικία των 6 δεν επιδείκνυαν σημαντικά κλινικά προβλήματα. Επομένως, η προβληματική τους συμπεριφορά θα μπορούσε να ερμηνευτεί ως μια φυσιολογική προσωρινή αναπτυξιακή φάση της παιδικής ηλικίας. Παρόλα αυτά το άλλο 50% των παιδιών αυτών συνέχισαν να επιδεικνύουν συμπτώματα της ΔΕΠΥ. Τα ευρήματα αυτά επιβεβαιώθηκαν και σε ένα άλλο δείγμα 'δύσκολων' παιδιών 4-7 χρονών (Campbell, 1997 σε Brandau & Pretis, 2004). Το ίδιο έχει επισημάνει και ο Barkley (2000), ο οποίος δήλωσε ότι το 50% των παιδιών με ΔΕΠΥ κατά την προσχολική ηλικία, μεγαλώνοντας παύουν να είναι άτομα με ΔΕΠΥ (Brandau & Pretis, 2004).

Προκύπτει λοιπόν ένα διαγνωστικό δίλλημα για το ποια παιδιά αγγίζουν τα έσχατα όρια της φυσιολογικής συμπεριφοράς και ποια παιδιά επιδεικνύουν πρώιμα σημάδια των θεμελιωδών συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ. Το DSM IV αναφέρει πόσο δύσκολο έργο αποτελεί η έγκυρη διάγνωση της ΔΕΠΥ στα μικρά παιδιά. Τα δείγματα παιδιών με ΔΕΠΥ στην προσχολική ηλικία είναι ανεπαρκή και η εγκυρότητα των συμπτωμάτων παραμένει μικρή σε σύγκριση με τα παιδιά σχολικής ηλικίας. Εκτός αυτού υπάρχει και η πιθανότητα της λανθασμένης διάγνωσης της ΕΠΔ, της διαφορετικότητας και των αγχωτικών συμπεριφορών ως ΔΕΠΥ (Brandau & Pretis, 2004).

Υπάρχει ομοφωνία για την αναγκαιότητα εφαρμογής μιας πρώιμης πολυδιάστατης αντιμετώπισης της ΔΕΠΥ (Coker & Thyer, 1990; Hinshaw, 1992; Beitchman *et al.*, 1992 σε Brandau & Pretis, 2004). Παρά την ετερογένεια των διάφορων ορισμών, υπάρχει μια κοινή αντίληψη και παραδοχή για τα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης (Eurlayid, 1996 σε Brandau

& Pretis, 2004), τουλάχιστον στην Ευρώπη. Ομοίως, τα τμήματα Australian Government Attorney General's Department και Australian Early Intervention Network for Mental Health of Young People, υποστηρίζουν ότι η ανάπτυξη συστημάτων πρώιμης παρέμβασης, ειδικά για τα παιδιά προσχολικής ηλικίας, είναι ζωτικής σημασίας (Sanders, Gooley, & Nicholson, 2000; Davis, Martin, Kosky, & O'Hanlon, 2000 σε Larmar & Gatfield, 2007). Βεβαίως, η διάγνωση προηγείται της θεραπείας. Η πλέον αξιόπιστη διάγνωση μιας βιολογικής διαταραχής είναι η βιολογική. Είναι ιδιαίτερος αξιοσημείωτο ότι το μοναδικό βιολογικό τεστ της ΔΕΠΥ από την προσχολική ηλικία είναι το Pavlidis Test, το οποίο διαγιγνώσκει τη ΔΕΠΥ με υψηλή ακρίβεια (93.1%) (Pavlidis & Samaras, 2005).

Δεδομένου ότι τα προβλήματα συμπεριφοράς αναπτύσσονται όταν το άτομο βρίσκεται σε μικρή ηλικία, προκαλεί ανησυχία το γεγονός ότι οι διάφορες μορφές θεραπειών εφαρμόζονται πολύ αργά, όταν πλέον το παιδί αντιμετωπίζει ήδη σοβαρά προβλήματα. Πιο συγκεκριμένα, οι κλινικές και σχολειοκεντρικές θεραπείες συνήθως στοχεύουν στη μείωση των αυτών καθαυτών συμπτωμάτων των προβλημάτων συμπεριφοράς, ενώ, αντιθέτως δεν αποβλέπουν στην μείωση των επιδράσεων που 'προκαλούν' την έναρξη αυτών των δυσλειτουργικών συμπεριφορών (Larmar & Gatfield, 2007).

Στην αναδυόμενη βιβλιογραφία υποστηρίζεται η αποτελεσματικότητα των μοντέλων πρώιμης παρέμβασης και πρόληψης των προβλημάτων συμπεριφοράς (August, Realmuto, Hektner, & Bloomquist, 2001; Frick, 1998; The Conduct Problems Prevention Research Group, 2002; Walker, Severson, Feil, Stiller, & Golly, 1998; Webster-Stratton, 1998 σε Larmar & Gatfield, 2007). Δίνεται προτεραιότητα στην ανάπτυξη προγραμμάτων πρώιμης παρέμβασης και πρόληψης για παιδιά και οικογένειες που βρίσκονται περισσότερο σε 'κίνδυνο' (Greenberg, Domitrovich, & Bumbarger, 1999 σε Larmar & Gatfield, 2007). Τα προγράμματα αυτά επιδιώκουν να προστατέψουν το παιδί από την ανάπτυξη προβληματικών συμπεριφορών.

Στην βιβλιογραφία μεταξύ των άλλων τονίζεται και η υποστήριξη του ευρύτερου περιβάλλοντος μέσα στο οποίο ζει το παιδί, το οποίο επιδράει στην ανάπτυξη αυτών των δυσλειτουργικών συμπεριφορών (Frick, 2000; Snyder, McEachern, Schrepferman, Zettle, Johnson, Swink, & McAlpine, 2006 σε Larmar & Gatfield, 2007). Παρόλο που τα προγενέστερα προγράμματα πρώιμης παρέμβασης απέτυχαν να αναπτύξουν αυτήν την δυναμική, τα μεταγενέστερα (πρόσφατα) προγράμματα αντιμετώπισης δίνουν έμφαση στη σημασία των επιδράσεων που προκύπτουν από τα διάφορα περιβάλλοντα στα οποία ζει και κινείται το άτομο, όπως για παράδειγμα το σπίτι και το σχολείο (Larmar & Gatfield, 2007).

Τα περισσότερο υποσχόμενα προγράμματα αντιμετώπισης λαμβάνουν υπόψη τους 'παράγοντες επικινδυνότητας' οι οποίοι επιδρούν στο παιδί και στο σπίτι και στο σχολείο. Πιο

συγκεκριμένα, εφαρμόζουν μια πιο ολιστική τακτική παρέμβασης. Η τάση αυτή δημιουργεί την ανάγκη για περαιτέρω διερεύνηση των παραγόντων, οι οποίοι στα πλαίσια του σχολείου και του σπιτιού οδηγούν στη πρόληψη προβληματικών συμπεριφορών (Cummings, Davies, & Campbell, 2000 σε Larmar & Gatfield, 2007).

### 3.2 Προγράμματα πρώιμης παρέμβασης

Οι αποτυχίες στην αγορά μιας οικονομίας μπορεί να επέλθουν για διάφορους λόγους. Δυο είναι οι πιο γνωστές κατηγορίες αποτυχιών της αγοράς : 1) Τα αγαθά που έχουν εξωτερικές επιδράσεις (όταν η δραστηριότητα ενός ατόμου ή μιας επιχείρησης επηρεάζει τη δραστηριότητα ή την ωφέλεια ενός άλλου ατόμου ή επιχείρησης και αυτό δεν λαμβάνεται υπόψη από την αγορά) και 2) τα αγαθά που έχουν δημόσια χαρακτηριστικά (αγαθά που μπορούν να απολαμβάνουν όλοι από κοινού, η κατανάλωση του αγαθού από ένα άτομο δεν θα πρέπει να μειώνει την κατανάλωση του αγαθού αυτού από τα άλλα άτομα). Η εκπαίδευση έχει μακράν αναγνωριστεί ως ένα αγαθό που έχει και εξωτερικές επιδράσεις και δημόσια χαρακτηριστικά (Rolnick & Grunewald, 2003).

Χωρίς δημόσια στήριξη, η αγορά θα “παράγει” πολύ λίγους μορφωμένους εργαζόμενους και επομένως ελάχιστη έρευνα. Αυτό το πρόβλημα είναι από καιρό γνωστό στις ΗΠΑ και αποτελεί τον λόγο για τον οποίο η κυβέρνηση τους, σε όλα τα επίπεδα, έχει ενισχύσει με δημόσια χρηματοδότηση την εκπαίδευση. Παρόλα αυτά, πρόσφατες μελέτες δείχνουν ότι μια βασική πλευρά της εκπαίδευσης, η πρώιμη παρέμβαση-ανάπτυξη, συνεχίζει να λαμβάνει υπερβολικά χαμηλή επιχορήγηση. Ωστόσο, αν επιτευχθεί επαρκής χρηματοδότηση και επιτυχής διαχείριση, η επένδυση της πρώιμης παρέμβασης θα αποφέρει εξαιρετικά μεγάλες απολαβές, οι οποίες θα υπερβαίνουν κατά πολύ εκείνες που προκύπτουν από δημόσιες και ιδιωτικές επενδύσεις (Rolnick & Grunewald, 2003).

Η δημόσια χρηματοδότηση της εκπαίδευσης έχει βαθιές ρίζες στην ιστορία των ΗΠΑ. Ο John Adams, ο συγγραφέας του παλαιότερου λειτουργικού, γραπτού συντάγματος του κόσμου (το σύνταγμα της Μασαχουσέτης), το 1779, δήλωσε σε αυτό το έγγραφο ότι είναι θεμελιώδες καθήκον της κυβέρνησης να παρέχει εκπαίδευση. Από τότε τα παιδιά στις ΗΠΑ εκπαιδεύονται σε δημόσια σχολεία. Τα τελευταία χρόνια πάνω από το 85% των παιδιών στις ΗΠΑ φοιτούν σε δημόσια σχολεία. Ο John Adams υποστήριξε την δημόσια χρηματοδότηση της εκπαίδευσης, επειδή συνειδητοποίησε την συμβολή των μορφωμένων ψηφοφόρων στην ευημερία της δημοκρατίας. Με λίγα λόγια αναγνώρισε τα οικονομικά οφέλη που απορρέουν στο ευρύ κοινό (Rolnick & Grunewald).

Η επένδυση του ανθρώπινου κεφαλαίου επιφέρει οικονομική επιτυχία όχι μόνο για τους μορφωμένους, αλλά για το σύνολο της οικονομίας. Είναι σαφές, ότι σήμερα η επιστροφή στην εκπαίδευση στέλνει ένα ισχυρό σήμα. Πριν το 1983, ο μισθός ενός εργαζομένου που είχε αποφοιτήσει από κάποιο πανεπιστήμιο υπερέβαινε τον μισθό εκείνου που είχε τελειώσει το λύκειο, κατά 40%. Στη συνέχεια η διαφορά αυτή έφτασε περίπου στο 60%. Σταδιακά, η πριμοδότηση ενός καλύτερου μισθού έγινε ακόμη μεγαλύτερη. Πριν το 1985, ο μισθός κάποιου εργαζομένου απόφοιτου πανεπιστημίου ήταν 60% μεγαλύτερος από το μισθό κάποιου εργαζομένου απόφοιτου λυκείου. Σήμερα η διαφορά είναι πάνω από 100%. Η Minnesota αποτελεί ένα καλό παράδειγμα οικονομικών οφελιών που απορρέουν από την εκπαίδευση (Rolnick & Grunewald, 2003).

### ***Το οικονομικό κίνητρο για τη δημόσια χρηματοδότηση της πρώιμης παρέμβασης-ανάπτυξης στην παιδική ηλικία***

Η ποιότητα της ζωής ενός παιδιού και η συνεισφορά του στην κοινωνία ως ενήλικας μπορούν να καθοριστούν στα πρώτα χρόνια της ζωής του. Από τη γέννηση του μέχρι τα 5 του έτη, το παιδί υποβάλλεται σε τρομερές αλλαγές και ανάπτυξη. Αν σ' αυτή την περίοδο της ζωής του παιδιού υποστηριχτούν η γνωστική, γλωσσική και κινητική του ανάπτυξη, οι προσαρμοστικές του δεξιότητες και η κοινωνικο-συναισθηματική του λειτουργικότητα, τότε το παιδί έχει περισσότερες πιθανότητες να επιτύχει στο σχολείο και αργότερα να συνεισφέρει στην κοινωνία. Ωστόσο, αν δεν υποστηριχθεί κατά τη διάρκεια αυτών των κρίσιμων χρόνων τότε είναι περισσότερο πιθανό να εγκαταλείψει το σχολείο, να λαμβάνει κρατικά επιδόματα και να διαπράξει εγκληματικές πράξεις (Rolnick & Grunewald, 2003).

Ένα καλά οργανωμένο και επαρκώς χρηματοδοτούμενο πρόγραμμα πρώιμης παρέμβασης-ανάπτυξης στην παιδική ηλικία μπορεί να παρέχει αυτήν την υποστήριξη. Τα τρέχοντα προγράμματα πρώιμης ανάπτυξης περιλαμβάνουν επισκέψεις κατ' οίκον και προγράμματα με επίκεντρο τους γονείς, τα οποία αποσκοπούν στην ενίσχυση της ικανότητας τους να παρέχουν σταθερές βάσεις στα παιδιά τους. Μερικοί υλοποιούν μεγάλης κλίμακας προγράμματα, όπως τα ομοσπονδιακά προγράμματα Head Start, ενώ άλλοι μικρότερης κλίμακας τα οποία εφαρμόζονται σε τοπικό επίπεδο, κάποιες φορές μάλιστα με σχετικά υψηλά επίπεδα επιχορήγησης ανά συμμετέχοντα (Rolnick & Grunewald, 2003).

Οι πρώτες μελέτες που πραγματοποιήθηκαν για την αποτελεσματικότητα των προγραμμάτων πρώιμης ανάπτυξης βρήκαν μόνο βραχυπρόθεσμες βελτιώσεις στις επιδόσεις των παιδιών στα γνωστικά τεστ. Συχνά τα παιδιά που συμμετείχαν σε προγράμματα πρώιμης



ανάπτυξης παρουσίαζαν βελτιώσεις στις επιδόσεις τους ταχύτερα απ' ότι άλλα παιδιά που δεν συμμετείχαν σε ανάλογο πρόγραμμα, στην πορεία όμως οι διαφορές εξαλείφονταν και η δεύτερη ομάδα συμβάδιζε με την πρώτη (Rolnick & Grunewald, 2003).

Αντιθέτως, μεταγενέστερες μελέτες βρήκαν περισσότερο μακροχρόνιες επιδράσεις των προγραμμάτων πρώιμης ανάπτυξης στην παιδική ηλικία. Μια πολύ γνωστή ερευνητική μελέτη είναι η Perry Preschool (ερευνητική εργασία του βραβευμένου με νόμπελ James Heckman) (Πίνακας 7). Τα ευρήματα της εν λόγω έρευνας συνέστησαν ότι οι απολαβές που προκύπτουν από ένα υψηλής ποιότητας πρόγραμμα πρώιμης ανάπτυξης, είναι υψηλές (Rolnick & Grunewald, 2003).

Πρόκειται για μια πειραματική παρέμβαση διάρκειας 2 χρόνων σε παιδιά αфро-αμερικανικής καταγωγής, χαμηλής κοινωνικής τάξης (μειονεκτούντα παιδιά), ηλικίας 3-4 χρόνων με ΔΝ μεταξύ 75-85, τα οποία συμμετείχαν σε πρωινά προγράμματα στο σχολείο (2.5 ώρες) και σε απογευματινά (1.5 ώρες) όπου τους επισκεπτόταν δάσκαλος στο σπίτι. Τα παιδιά της ομάδας Perry δεν παρουσίαζαν μεγαλύτερο δείκτη νοημοσύνης από την ομάδα ελέγχου αλλά επιτύγχαναν υψηλότερα σκορ στα τεστ επίδοσης σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου, επειδή ενθαρρύνονταν περισσότερο για μάθηση. Οι δάσκαλοι ήταν είτε δάσκαλοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης, είτε ειδικής αγωγής και πληρώνονταν 10% παραπάνω μισθό από εκείνον που ορίζει η τοπική περιφέρεια. Κατά το ετήσιο αυτό πρόγραμμα (30 εβδομάδες) σε έναν δάσκαλο αντιστοιχούσαν 6 παιδιά (Heckman, 2006; Rolnick & Grunewald, 2003).

Στη συνέχεια τα υποκείμενα αυτής της μελέτης τέθηκαν υπό παρακολούθηση για τις επόμενες δεκαετίες της ζωής τους, με πιο πρόσφατη τη συγκριτική τους εξέταση στην ηλικία των 40 ετών. Οι διαφορές ακόμη και δεκαετίες μετά την παρέμβαση ήταν σαφείς: οι ενήλικες που είχαν παρακολουθήσει το προσχολικό πρόγραμμα είχαν περισσότερες πιθανότητες να έχουν αποφοιτήσει από το σχολείο (πάνω από το 65% των συμμετεχόντων στο πρόγραμμα αποφοίτησαν από το λύκειο έναντι του 45% της ομάδας ελέγχου), είχαν υψηλότερους μισθούς (στην ηλικία των 27 χρόνων, 4 φορές περισσότερα άτομα της ομάδας Perry έβγαζαν 2.000 δολάρια ή περισσότερα τον μήνα συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου), είχαν υψηλότερα ποσοστά ιδιοκτησίας σπιτιού, ήταν λιγότερο εξαρτημένοι από τα προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας, παρουσίαζαν μικρότερα ποσοστά εξώγαμων παιδιών και λιγότερες πιθανότητες συλλήψεων για εγκληματικές ενέργειες σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Σύμφωνα με τον Heckman και τους συνεργάτες του, κάθε 1 δολάριο το οποίο επενδύθηκε στην προσχολική αγωγή, απέφερε **8-9** δολάρια σε αντάλλαγμα (Heckman, 2006; Rolnick & Grunewald, 2003). Το κέρδος λοιπόν είναι 8 φορές μεγαλύτερο από το κόστος, με όσα συνεπάγεται αυτό για την οικονομική και γενικότερη ανάπτυξη μιας χώρας.



<b>Πίνακας 7: Τα αποτελέσματα του προγράμματος Perry (Rolnick &amp; Grunewald, 2003)</b>	
<b>Ομάδα Perry</b>	<b>Ομάδα ελέγχου</b>
65% αποφοίτησαν από το λύκειο	45% αποφοίτησαν από το λύκειο
Υψηλότερους μισθούς (4 φορές περισσότερα άτομα συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου είχαν υψηλότερους μισθούς στα 27 τους χρόνια)	Χαμηλότερους μισθούς συγκριτικά με την ομάδα Perry
Υψηλότερα ποσοστά ιδιοκτησίας σπιτιού συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου	Χαμηλότερα ποσοστά ιδιοκτησίας σπιτιού συγκριτικά με την ομάδα Perry
Χαμηλότερα ποσοστά εξάρτησης από προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου	Υψηλότερα ποσοστά εξάρτησης από προγράμματα κοινωνικής πρόνοιας συγκριτικά με την ομάδα Perry
Χαμηλότερα ποσοστά εξώγαμων παιδιών συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου	Υψηλότερα ποσοστά εξώγαμων παιδιών συγκριτικά με την ομάδα Perry
Χαμηλότερα ποσοστά συλλήψεων συγκριτικά με την ομάδα ελέγχου	Υψηλότερα ποσοστά συλλήψεων (5 φορές περισσότερες) συγκριτικά με την ομάδα Perry

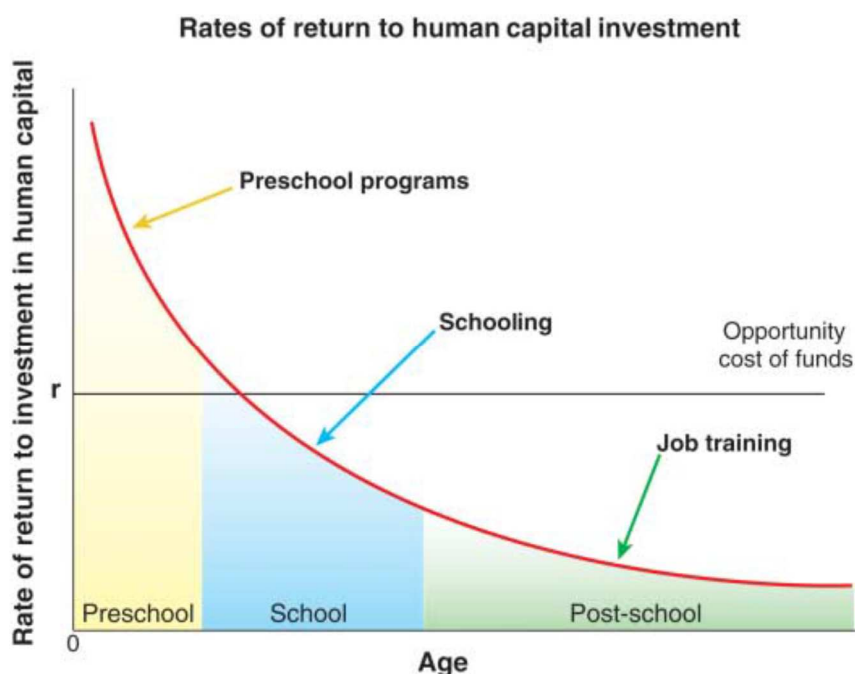
Υπήρξαν και άλλες μελέτες προγραμμάτων πρώιμης ανάπτυξης, οι οποίες δεν επικεντρώνονταν αποκλειστικά στις ηλικίες των 3-4 χρόνων όμως και αυτές απέδειξαν ότι τα προγράμματα αυτά επέφεραν βελτιώσεις στις σχολικές επιδόσεις των παιδιών και μείωση των εγκληματικών ενεργειών. Ένα παράδειγμα αποτελεί το προσχολικό πρόγραμμα Syracuse το οποίο παρείχε υποστήριξη σε μειονεκτούντα παιδιά από την γέννηση τους μέχρι τα 5 έτη. Δέκα χρόνια αργότερα η σχολική αποτυχία και τα ποινικά αδικήματα ήταν 70% χαμηλότερα για την ομάδα Syracuse έναντι της ομάδας ελέγχου (Heckman, 2006; Rolnick & Grunewald, 2003).

Ακόμη ένα παράδειγμα αποτελεί το πρόγραμμα Abecedarian (Βόρεια Καρολίνα), ένα πρόγραμμα το οποίο εφαρμόστηκε επίσης σε παιδιά που προέρχονταν από οικογένειες χαμηλού εισοδήματος. Περιλάμβανε μια πλήρους απασχόλησης και υψηλής ποιότητας εκπαίδευση η οποία άρχιζε από την βρεφική ηλικία και τελείωνε στην ηλικία των 5 χρόνων. Οι ακαδημαϊκές επιδόσεις στα μαθηματικά και στην ανάγνωση ήταν υψηλότερες για την ομάδα Abecedarian σε σύγκριση με την ομάδα ελέγχου. Επίσης, η ομάδα Abecedarian στην ηλικία των 15 είχαν λιγότερες δυσκολίες στη διατήρηση των βαθμών τους και μικρότερη συμμετοχή σε προγράμματα ειδικής αγωγής (Heckman, 2006,; Rolnick & Grunewald, 2003).

Η επένδυση σε παιδιά μειονεκτικών τάξεων αποτελεί μια σπάνια δημόσια πολιτική πρωτοβουλία που προωθεί την δικαιοσύνη, την κοινωνική δικαιοσύνη και την ίδια ώρα προωθεί την παραγωγικότητα στην οικονομία και στην κοινωνία συνολικά. Οι πρώιμες παρεμβάσεις, που στοχεύουν στην ενίσχυση παιδιών που μειονεκτούν, αποφέρουν πολύ υψηλότερες απολαβές απ'

ότι μεταγενέστερες παρεμβάσεις, όπως για παράδειγμα η μείωση της αναλογίας δασκάλων-μαθητών, η δημόσια επαγγελματική κατάρτιση, τα προγράμματα επανένταξης, κ.α. Βέβαια, τα οφέλη που προκύπτουν από αποτελεσματικά προγράμματα πρώιμης παρέμβασης-ανάπτυξης διατηρούνται καλύτερα όταν συνοδεύονται από υψηλής ποιότητας μαθησιακές εμπειρίες (Heckman, 2006).

Πρόσφατες μελέτες καταγράφουν ότι γίνεται υπερεπένδυση χρημάτων για θεραπευτικές παρεμβάσεις, ενώ αντιθέτως πολύ μικρές επενδύσεις για παρεμβάσεις στην προσχολική ηλικία. Παρόλο όμως που οι επενδύσεις χρημάτων σε προγράμματα για μειονεκτούντα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας αποδίδουν λιγότερα χρήματα απ' όσα ξοδεύονται, παραμένουν ακόμη ωφέλιμα (Heckman, 2006).



Το σχήμα δείχνει ότι σύμφωνα με τα σημερινά επίπεδα χρηματοδότησης, επενδύονται υπερβολικά μεγάλα ποσά στα σχολικά και μετασχολικά προγράμματα ενώ πραγματοποιούνται πολύ μικρές επενδύσεις στα προσχολικά προγράμματα για τα άτομα που μειονεκτούν (Heckman, 2006).

Η τεχνολογία της διαμόρφωσης ικανοτήτων αποδεικνύει ότι οι απολαβές των επενδύσεων σε σχολικά και μετασχολικά προγράμματα είναι υψηλότερες σε άτομα με υψηλότερες ικανότητες, οι οποίες ικανότητες διαμορφώνονται στα πρώτα χρόνια της ζωής. Οι πρώιμες επενδύσεις πρέπει να συνοδεύονται από μεταγενέστερες για το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Heckman, 2006).

### 3.3 Μελέτες για τα προβλήματα συμπεριφοράς-συμπτώματα της ΔΕΠΥ.

Μολονότι η συχνότητα εμφάνισης αυτής της διαταραχής είναι μεγάλη και παρόλο που η πρώιμη ανίχνευση και παρέμβαση είναι ζωτικής σημασίας για την έγκυρη και έγκαιρη αντιμετώπιση οποιουδήποτε προβλήματος, ελάχιστες έρευνες έχουν διεξαχθεί για τη διάγνωση και την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ σε προσχολικό επίπεδο. Περισσότερο την τελευταία δεκαετία παρατηρούνται κάποιες προσπάθειες, οι οποίες πραγματοποιούνται στα πλαίσια της πρώιμης παρέμβασης.

Οι Touliatos & Lindholm 1981 διεξήγαγαν μια έρευνα σε μια μεγάλη πόλη του Τέξας, προκειμένου να εξετάσουν τη συμβατότητα των αξιολογήσεων μαμάδων-πατεράδων και δασκάλων για τα προβλήματα συμπεριφοράς 1.008 παιδιών προσχολικής ηλικίας- 2ας γυμνασίου. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε ήταν το Behavior Problem Checklist (55 ερωτήσεις: προβλήματα συμπεριφοράς, προβλήματα προσωπικότητας, αντικοινωνική συμπεριφορά και ψυχτικές ενδείξεις). Οι γονείς σημείωσαν σοβαρότερα προβλήματα στους τομείς που αφορούσαν προβλήματα συμπεριφοράς, προβλήματα προσωπικότητας και ανωριμότητας. Υπήρχε μια μικρή τάση οι μπαμπάδες να σημειώνουν μεγαλύτερα προβλήματα αντικοινωνικής συμπεριφοράς σε σύγκριση με τους δασκάλους και οι μαμάδες να σημειώνουν λιγότερες ψυχτικές ενδείξεις απ' ότι οι δάσκαλοι. Δύο ήταν τα βασικά ευρήματα αυτής της έρευνας, αφενός ότι οι γονείς των παιδιών (και οι μαμάδες και οι μπαμπάδες) σημείωσαν περισσότερο αποκλίνουσες συμπεριφορές για τα παιδιά απ' ότι οι δάσκαλοι, αφετέρου ότι οι συσχετίσεις των αξιολογήσεων γονέων και δασκάλων ήταν χαμηλές προς μέτριες (Touliatos & Lindholm 1981).

Οι Verhulst & Akkerhuis (1989) σε μελέτη τους στην Ολλανδία, με εργαλείο το CBCL (94 ερωτήσεις, εκδόσεις για γονείς & για δασκάλους) και δείγμα 1.161 παιδιά από 4-12 χρονών, βρήκαν επίσης χαμηλή με μέτρια συμφωνία μεταξύ των αξιολογήσεων γονέων- εκπαιδευτικών. Συνολικά οι γονείς ανέφεραν περισσότερα προβλήματα στα παιδιά τους απ' ότι οι δάσκαλοι, η μεγαλύτερη διαφορά τους (ανεξαρτήτου ηλικίας και φύλου των παιδιών) αφορούσε την ερώτηση *καυγαδίζει συχνά*. Για παράδειγμα ο μέσος όρος του σκορ των γονιών για τα κορίτσια 6-12 χρονών ήταν 0.64 έναντι 0.18 του σκορ των δασκάλων (Verhulst & Akkerhuis, 1989).

Η Kumrulinainen και οι συνεργάτες της διεξήγαγαν μια έρευνα στην Φιλανδία (1999) για να εκτιμήσουν την συμφωνία μεταξύ γονιών και δασκάλων όσον αφορά τα συμπεριφορικά/συναισθηματικά συμπτώματα των παιδιών- μαθητών τους. Πρόκειται για 5.671 παιδιά (μέσος όρος ηλικίας 8.5 χρόνια), 2.866 αγόρια και 2.805 κορίτσια. Οι γονείς συμπλήρωσαν το Rutter Parent Questionnaire (RA2) και οι δάσκαλοι το Rutter Teacher

Questionnaire (RB2). Τα αγόρια παρουσίαζαν περισσότερα συμπτώματα και στις δυο κλίμακες. Συνολικά τα σκορ των αξιολογήσεων ήταν υψηλότερα για τα αγόρια (7.1) από εκείνα των κοριτσιών (5.8) στην κλίμακα των γονιών ( $p < 0,0001$  Mann-Whitney U-test) και στην κλίμακα των δασκάλων (για τα αγόρια 5.1 έναντι 2.4 των κοριτσιών). Τα ερωτηματολόγια και στις δυο περιπτώσεις εξέταζαν εξωτερικευμένες συμπεριφορές, εσωτερικευμένες συμπεριφορές και υπερκινητικές συμπεριφορές. Για όλα τα παιδιά, βρέθηκαν μέτριες συσχετίσεις των αξιολογήσεων γονέων-δασκάλων για τις εξωτερικευμένες συμπεριφορές και την υπερκινητικότητα (Verhulst & Akkerhuis, 1989).

Οι Gagnon, Vitaro & Tremblay (1992) σε έρευνα που διεξήγαγαν συμπεριέλαβαν δείγμα 1924 παιδιών (μ.ο. ηλικίας 6 χρονών) από τον Καναδά και χρησιμοποίησαν την Γαλλική έκδοση του ερωτηματολογίου Preschool Behavior Questionnaire (PBQ). Από τις στατιστικές αναλύσεις φάνηκε ότι οι μαμάδες των παιδιών εκτιμούσαν ότι τα παιδιά τους παρουσίαζαν 2 φορές υψηλότερα προβλήματα στην κλίμακα εξωτερικευμένων προβλημάτων και 1,5 φορές υψηλότερα προβλήματα στην κλίμακα των εσωτερικευμένων προβλημάτων σε σύγκριση με τους δασκάλους (Gagnon, Vitaro & Tremblay 1992).

Οι Phillips, Greenson, Collett & Gimpel (2002, Ηνωμένο Βασίλειο) διερεύνησαν τη χρησιμότητα μιας νέας κλίμακας αξιολόγησης για την πρώιμη διάγνωση της ΔΕΠΥ, η οποία βασίζεται στα κριτήρια του DSM-IV (ADHD Symptoms Rating Scale). Το δείγμα της έρευνας αποτελούσαν 414 παιδιά προσχολικής ηλικίας (3-5 χρ.), τα οποία αξιολογήθηκαν από τους γονείς τους ( $N=249$ ) και/ή τους δασκάλους τους ( $N=315$ ) μέσω του ADHD Symptoms Rating Scale και του BASC (μετράει την γενική συμπεριφορά των παιδιών). Αποδείχτηκε ότι οι γονείς εκτιμούσαν πολλές περισσότερες προβληματικές συμπεριφορές στα παιδιά τους (σκορ: 61.04), απ' ότι οι εκπαιδευτικοί (σκορ: 44.59) στο σχολείο (Phillips, Greenson, Collett & Gimpel, 2002).

Παρόμοια ήταν τα αποτελέσματα της έρευνας των Satake, Yoshida, Yamashita, Kinukawa & Takagishi (2003) στην Fukuoka της Ιαπωνίας, η οποία διεξήχθη σε δημόσιο σχολείο, με συμμετέχοντες 276 μητέρες και 19 δασκάλες 662 μαθητών (6-12 χρ.) και εργαλείο το ερωτηματολόγιο Child Behavior Checklist. Έπειτα από στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων, (Spearman) βρέθηκε ότι υπάρχει χαμηλή με μέτρια συσχέτιση μεταξύ των αποτελεσμάτων γονιών (11.78) και εκπαιδευτικών (2.55) (Satake, Yoshida, Yamashita, Kinukawa & Takagishi, 2003). Επίσης, οι Cai, Kaiser & Hancock (2004, ΗΠΑ) με το ίδιο ερωτηματολόγιο (Child Behavior Checklist) και συμμετέχοντες 614 γονείς (παιδιών προσχολικής ηλικίας, χαμηλού κοινωνικό-οικονομικού επιπέδου) και 25 νηπιαγωγούς διαπίστωσαν ότι και στην δική τους μελέτη οι γονείς ανέφεραν περισσότερο τα παιδιά τους να παρουσιάζουν προβλήματα συμπεριφοράς σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς (Cai, Kaiser & Hancock, 2004).

Αντίστοιχα οι Soma, Nakamura, Oyama, Tsuchiya & Yamamoto διεξήγαγαν 2 έρευνες (2003 & 2006) στην Niigata της Ιαπωνίας με σκοπό να προσδιορίσουν τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ στα παιδιά προσχολικής ηλικίας, όπως αυτά καθορίζονται από τις αξιολογήσεις των γονιών (N= 7. 566) και των εκπαιδευτικών (1<sup>η</sup> έρευνα: εκπαιδευτικοί από 25 νηπιαγωγεία & 85 παιδικούς σταθμούς – 2<sup>η</sup> έρευνα εκπαιδευτικοί από 26 νηπιαγωγεία & 95 παιδικούς σταθμούς). Οι αξιολογήσεις πραγματοποιούνταν μέσω ενός ερωτηματολογίου 14 ερωτήσεων βασισμένων στην Ιαπωνική έκδοση του DSM-III-R. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι τα κυρίαρχα χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ ποίκιλαν ανάλογα με την μεθοδολογία, τα διαγνωστικά κριτήρια, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και τον αξιολογητή των συμπτωμάτων. Σημειώθηκε, επίσης, ότι οι γονείς εκτιμούσαν ότι τα παιδιά τους εκδήλωναν περισσότερο τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ (27,3% στα νηπιαγωγεία, 34% στους παιδικούς σταθμούς) απ' ότι οι εκπαιδευτικοί (2,3% στα νηπιαγωγεία, 5,8% στους παιδικούς σταθμούς) (Soma, Nakamura, Oyama, Tsuchiya & Yamamoto, 2009).

Σε έρευνα τους οι West, Taylor, Houghton & Hudyma (2005, Αυστραλία) με τη χορήγηση του ερωτηματολογίου KADD-Q (Knowledge about ADHD Questionnaire) σε γονείς και εκπαιδευτικούς, σύγκριναν τις γνώσεις 92 γονέων και 256 εκπαιδευτικών (51/% δάσκαλοι δημοτικού, 43% καθηγητές γυμνασίου) για τα αίτια, τα χαρακτηριστικά και την αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ. Έπειτα από στατιστική ανάλυση (Cronbach's alpha), αποδείχτηκε ότι οι γονείς τα πήγαν σε γενικές γραμμές σημαντικά καλύτερα από τους εκπαιδευτικούς (αίτια: γονείς 76.6% - εκπαιδευτικοί 65.2%, χαρακτηριστικά: γονείς 62.8% - εκπαιδευτικοί 59%, αντιμετώπιση: γονείς 57.8% - εκπαιδευτικοί 47.8%). Παρόλα αυτά, δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γνώσεις γονέων-εκπαιδευτικών για τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ (West, Taylor, Houghton & Hudyma, 2005).

Σε έρευνα των Malhi, Singhi & Sidhu (2008) στην Ινδία, ερευνήθηκε ο βαθμός στον οποίο γονείς και εκπαιδευτικοί συμφωνούν για την διάγνωση της ΔΕΠΥ στα παιδιά τους. Οι συμμετέχοντες ήταν γονείς και εκπαιδευτικοί 119 παιδιών (μ.ο. 8,4 χρ.) τα οποία αναφέρονταν με προβλήματα συμπεριφοράς. Χρησιμοποιήθηκαν τα ερωτηματολόγια: VADPRS, Vanderbilt Attention Deficit Hyperactivity Diagnostic Parent Rating Scale, τα οποία χορηγήθηκαν στους γονείς και VADTRS Vanderbilt Attention Deficit Hyperactivity Diagnostic Teacher Rating Scale στους δασκάλους των παιδιών και βρέθηκε ότι οι δυο αυτές ομάδες (γονείς-εκπαιδευτικοί) παρουσίαζαν μικρή συμφωνία. Από τα αποτελέσματα των γονιών προέκυψε ότι 96 παιδιά (80.6%) πληρούσαν τα κριτήρια για κάποιον από τους τύπους της ΔΕΠΥ, ενώ από εκείνα των εκπαιδευτικών 68 παιδιά (51.7%). Η συμφωνία γονέων-εκπαιδευτικών για την διάγνωση οποιουδήποτε τύπου της ΔΕΠΥ

ήταν μόνο 52%. Σύμφωνα με τους ερευνητές, η μικρού βαθμού αυτή συμφωνία των δυο ομάδων οφείλεται στα μη ευέλικτα κριτήρια της ΔΕΠΥ (Malhi, Singhi, & Sidhu, 2008).

Σε μια πιο πρόσφατη έρευνα, οι Coutinho, Mattos, Schmitz, Fortes & Borges (2009) στο Rio de Janeiro χρησιμοποίησαν ως δείγμα 44 παιδιά (40 αγόρια, 4 κορίτσια) από 6-16 χρονών τα οποία είχαν διαγνωστεί με ΔΕΠΥ και παρακολουθούσαν το πρόγραμμα ενός ειδικού ιδιωτικού κέντρου (Centro de Neuropsicologia Aplicada) και ως εργαλείο την βραζιλιάνικη έκδοση του ερωτηματολογίου SNAP-IV το οποίο συμπλήρωσαν οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί των παιδιών. Και σε αυτή την περίπτωση αποδείχτηκε η υπεροχή των γονιών (40 στα 44 παιδιά) στη διάγνωση της ΔΕΠΥ στα παιδιά τους, έναντι των εκπαιδευτικών (29 στα 44 παιδιά) (Coutinho, Mattos, Schmitz, Fortes & Borges, 2009).

Τέλος, οι Anna Maria Re & Cesare Cornoldi (2009) διεξήγαγαν μια έρευνα στην Ιταλία προκειμένου να παρουσιάσουν δυο νέες κλίμακες αξιολόγησης (IPDDAI & IPDDAG) των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ παιδιών προσχολικής ηλικίας και να συγκρίνουν τις εκτιμήσεις των γονιών-εκπαιδευτικών. Συμμετείχαν οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί 180 παιδιών ηλικίας από 5-9 χρονών. Οι γονείς αξιολόγησαν τα παιδιά τους με το ερωτηματολόγιο Identificazione Precoce del Disturbo da Deficit di Attenzione/iperattività per Insegnanti (IPDDAI) και οι εκπαιδευτικοί με το Identificazione Precoce del Disturbo da Deficit di Attenzione/iperattività per Genitori (IPDDAG). Τα σκορ των εκπαιδευτικών (6.91% - 8.95%) ήταν χαρακτηριστικά χαμηλότερα από εκείνα των γονιών (11.13% - 12.7%) (Anna Maria Re & Cesare Cornoldi, 2009).

Χώρα	Ερευνητές	Ημερομηνία	Κατηγορία*	Εργαλείο	Αριθμός ερωτήσεων
ΗΠΑ (Τέξας)	Touliatos & Lindholm	1981	-Συμπεριφορά	-Child Behavior Checklist	-55
Ολλανδία	Verhulst & Akkerhuis	1989	-Συμπεριφορά	- CBCL	-94
Καναδάς	Gagnon, Vitaro & Tremblay	1992	-Συμπεριφορά	- PBQ	- 36
Φινλανδία	Kumpulainen et al	1999	-Συμπεριφορά	- RA2 - RB2	-31 για γονείς -26 για δασκάλους
Ηνωμένο βασίλειο	Phillips, Greenson, Collett & Gimpel	2002	-Συμπτώματα ΔΕΠΥ  -Συμπεριφορά	-ADHD-SRS  -BASC	-52  -131 για γονείς -109 για δασκάλους
Ιαπωνία (Fukuoka)	Satake, Yoshida, Yamashita, Kinukawa & Takagishi	2003	-Συμπεριφορά	-Child Behavior Checklist	-118
ΗΠΑ	Cai, Kaiser & Hancock	2004	-Συμπεριφορά	- Child Behavior Checklist	-99
Ιαπωνία (Niigata)	Soma, Nakamura, Oyama, Tsuchiya & Yamamoto	2003 & 2006	-Συμπτώματα ΔΕΠΥ	-Questionnaire based on the Japanese version of DSM-III	-14
Ινδία	Malhi, Singhi & Sidhu	2008	-Συμπεριφορά & συμπτώματα ΔΕΠΥ	-VADTRS -VADPRS	-43 για δασκάλους -56 για γονείς
Αυστραλία	West, Taylor, Houghton & Yamamoto	2009	-Αίτια ΔΕΠΥ -Συμπτώματα ΔΕΠΥ -Αντιμετώπιση ΔΕΠΥ	-KADD-Q	-67
Βραζιλία	Coutinho, Mattos, Schmitz, Fortes & Borges	2009	-Συμπτώματα ΔΕΠΥ	-SNAP-IV	-90
Ιταλία	Re & Cornoldi	2009	- Συμπεριφορά & συμπτώματα ΔΕΠΥ	-IPDDAI -IPDDAG	-18 -19

Σημείωση : \* Τι μετράει το τεστ.

**ADHD-SRS**= ADHD Symptoms Rating Scale. **BASC**= Behavioral Assessment System for Children. **KADD-Q**= Knowledge about ADHD Questionnaire. **VADTRS**= Vanderbilt Attention Deficit Hyperactivity Diagnostic Teacher Rating Scale. **VADPRS**= Vanderbilt Attention Deficit Hyperactivity Diagnostic Parent Rating Scale. **IPDDAI**= Identificazione Precoce del Disturbo da Deficit di Attenzione/iperattività per Insegnanti. **IPDDAG**= Identificazione Precoce del Disturbo da Deficit di Attenzione/iperattività per Genitori. **CBCL**= Achenbach Child Behavior Checklist. **RA2**= Rutter Parent Questionnaire, **RB2**= Rutter Teacher Questionnaire. **PBQ**= French version of the Preschool Behavior Questionnaire.

Οι Sax & Kautz (2003) πραγματοποίησαν μια διαφορετική μελέτη στην Ουάσιγκτον τα αποτελέσματα της οποίας έρχονται σε αντίθεση με τα αποτελέσματα των παραπάνω ερευνών.



Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνηθούν ποιοι θεωρούνται οι πρώτοι που “διαγιγνώσκουν” την ΔΕΠΥ στα παιδιά. Οι συμμετέχοντες ήταν συνολικά 491 οικογενειακοί γιατροί, παιδίατροι και παιδοψυχίατροι, οι οποίοι καλούνταν να απαντήσουν στην εξής ερώτηση: “Εκτιμήστε με ποσοστά τη συχνότητα με την οποία υποπτεύονται πρώτοι την ΔΕΠΥ οι γονείς, οι δάσκαλοι, οι γιατροί, άλλοι από το προσωπικό του σχολείου, οι σχολικοί σύμβουλοι, οι φροντιστές των παιδιών, οι γείτονες και άλλοι”. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι οι δάσκαλοι (46,4%) αναγνωρίζουν πρώτα την ΔΕΠΥ, έπειτα οι γονείς (30,2%) και μετά όλοι οι άλλοι (Sax & Kautz, 2003).

<b>Εκτιμήσεις των γιατρών: Ποιοι υποπτεύονται-αναγνωρίζουν πρώτοι την ΔΕΠΥ; (Sax &amp; Kautz, 2003)</b>	
<b>Ομάδα</b>	<b>Ποσοστό</b>
Δάσκαλοι	46.4 (44.1-48.7)
Γονείς	30.2 (28.3-32)
Παιδίατροι	11.3 (9.7-12.8)
Άλλα άτομα από το προσωπικό του σχολείου	6 (4.9-7.2)
Σχολικοί σύμβουλοι	3.1 (2.3-3.9)
Φροντιστές	1.1 (0.7-1.5)
Γείτονες	0.6 (0.4-0.8)
Άλλοι	0.3 (0.1-0.5)

Όπως προαναφέρθηκε, οι έρευνες για την έγκυρη αναγνώριση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ στην προσχολική ηλικία είναι ελάχιστες. Από τα ευρήματα των ήδη υπαρχουσών ερευνών προκύπτουν τα εξής συμπεράσματα: 1) Μεταξύ γονέων και εκπαιδευτικών σχολικής και προσχολικής ηλικίας υπάρχει χαμηλή-μέτρια συμφωνία στην αναγνώριση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ στα παιδιά-μαθητές τους (Touliatos & Lindholm, 1981) (Verhulst & Akkerhuis, 1989) (Verhulst & Akkerhuis, 1989) (Satake et al, 2003) (Malhi, Singhi, & Sidhu, 2008). 2) Οι γονείς εκτιμούν κατά βάση ότι τα παιδιά τους παρουσιάζουν σοβαρότερα προβλήματα συμπεριφοράς-συμπτώματα της ΔΕΠΥ απ’ ότι οι εκπαιδευτικοί (Touliatos & Lindholm 1981) (Verhulst & Akkerhuis, 1989) (Gagnon, Vitaro & Tremblay 1992) (Phillips et al, 2002) (Cai, Kaiser & Hancock, 2004) (Soma, Nakamura, Oyama, Tsuchiya & Yamamoto, 2009) (Malhi, Singhi, & Sidhu, 2008) (Anna Maria Re & Cesare Cornoldi, 2009). 3) Οι γονείς πραγματοποιούν εγκυρότερες “διαγνώσεις” της ΔΕΠΥ στα παιδιά τους σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς (Coutinho et al, 2009) (West et al., 2005).

Με λίγα λόγια τα δεδομένα μέχρι σήμερα υποστηρίζουν ότι οι γονείς υπερ-διαγιγνώσκουν τη ΔΕΠΥ στα παιδιά τους, παρόλα αυτά, υποστηρίζεται ότι αποτελούν εγκυρότερους “αξιολογητές” της ΔΕΠΥ σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς. Από την άλλη πλευρά, η έρευνα των Sax & Kautz



(2003) αποκάλυψε ότι η επικρατούσα αντίληψη είναι ότι οι δάσκαλοι πρώτοι από όλους αναγνωρίζουν τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ. Λόγω του μικρού αριθμού των ερευνών η γενίκευση οποιωνδήποτε συμπερασμάτων δεν είναι ασφαλής. Εκείνο που θα μπορούσε να επισημανθεί είναι ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των αξιολογήσεων των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ γονιών και δασκάλων.

Οι ερευνητές στις περισσότερες περιπτώσεις αποδίδουν τη χαμηλή-μέτρια συμφωνία γονέων και εκπαιδευτικών σε διάφορα πιθανά αίτια όπως: α) Στη διαφορετική τους αντίληψη για την έννοια της προβληματικής συμπεριφοράς, β) Στην εκδήλωση διαφορετικών συμπεριφορών των παιδιών λόγω διαφορετικής επήρειας-δράσης της φαρμακευτικής αγωγής (ανάλογα με την ώρα λήψης των φαρμάκων) στο σπίτι και στο σχολείο, και γ) Στις ιδιαιτερότητες του παιδιού λόγω της διαταραχής, π.χ. τα παιδιά με ΔΕΠΥ αποδίδουν καλύτερα στις δομημένες δραστηριότητες του σχολείου απ' ό,τι στο σπίτι, όπου και παρουσιάζουν εντονότερα προβλήματα συμπεριφοράς.

Γενικά στη βιβλιογραφία διαπιστώνεται ότι διεθνώς οι εκπαιδευτικοί δεν είναι επαρκώς ενημερωμένοι για τη ΔΕΠΥ και πολλές φορές έχουν λανθασμένες αντιλήψεις για την εν λόγω διαταραχή. Οι γνώσεις και οι αντιλήψεις των εκπαιδευτικών επηρεάζουν τις εκπαιδευτικές πρακτικές, οι οποίες κατ' επέκταση επηρεάζουν την επίδοση των μαθητών με ΔΕΠΥ. Το γεγονός αυτό επισημαίνει πόσο σημαντικό είναι οι εκπαιδευτικοί να διαθέτουν ουσιαστικές γνώσεις για αυτήν την διαταραχή (Goldstein and Goldstein, 1998 σε West, Taylor, Houghton & Hudyma, 2005). Επιπλέον με βάση την συνδυασμένη θεραπεία, σύμφωνα με την οποία οι εκπαιδευτικοί δουλεύουν σε συνεργασία με τους γονείς των παιδιών με ΔΕΠΥ για να επιτύχουν τα επιθυμητά αποτελέσματα, είναι σημαντικό να εξακριβώνονται και τα επίπεδα γνώσης των γονιών. Μέχρι σήμερα, παρόλα αυτά, αυτά τα ερευνητικά δεδομένα φαίνεται ότι δεν υπάρχουν.

Στην Ελλάδα δεν έχει πραγματοποιηθεί κάποια ανάλογη έρευνα για την διαγνωστική αξιοπιστία των Ελλήνων γονιών και εκπαιδευτικών των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ. Με την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας θα αποκτήσουμε μια εικόνα της ελληνικής πραγματικότητας, θα καταστεί δυνατή η σύγκριση των αποτελεσμάτων των διάφορων χωρών μεταξύ τους και θα προκύψουν προτάσεις οι οποίες ενδέχεται να συμβάλλουν στην πραγματοποίηση εγκυρότερων διαγνώσεων της ΔΕΠΥ σε προσχολικό επίπεδο.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ – ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 4.1 Υποθέσεις της έρευνας

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η σύγκριση της γνώσης των γονέων και των εκπαιδευτικών στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ σε προσχολικό επίπεδο.

Οι επιμέρους στόχοι ήταν οι εξής:

- Να διαπιστωθεί ποια από τις δυο ομάδες αναγνωρίζει με μεγαλύτερη ευστοχία τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ στην προσχολική ηλικία.
- Να επισημανθεί αν οι γνώσεις των δύο ομάδων συσχετίζονται.
- Να ερευνηθούν οι παράγοντες (αν υπάρχουν) που επηρεάζουν τις γνώσεις των γονέων και των εκπαιδευτικών.

Οι υποθέσεις διαμορφώνονται ως εξής:

**Υπόθεση 1:** Υπάρχει διαφορά στις σωστές απαντήσεις των γονέων σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς για την αναγνώριση της ΔΕΠΥ.

**Μηδενική υπόθεση:** Δεν υπάρχει διαφορά στις σωστές απαντήσεις των γονέων σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς για την αναγνώριση της ΔΕΠΥ.

### 4.2 Μεθοδολογία

#### Διαδικασία

Ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε γονείς και εκπαιδευτικούς παιδιών προσχολικής ηλικίας (νήπια-προνήπια) σε: νηπιαγωγεία-παιδικούς σταθμούς του δήμου Λαγκαδά, ένα ιδιωτικό σχολείο στο Πανόραμα Θεσσαλονίκης, δημοτικούς παιδικούς σταθμούς στην Πολίχνη Θεσσαλονίκης, ένα νηπιαγωγείο στη Παραλία Διονυσίου Χαλκιδικής, ένα νηπιαγωγείο στα Μουδανιά Χαλκιδικής και ένα νηπιαγωγείο στην Ποτίδαια Χαλκιδικής. Η επιλογή των σχολείων έγινε τυχαία, αλλά καλύπτουν τη γενική αντιπροσωπευτικότητα του πληθυσμού, π.χ μεγάλες πόλεις, επαρχία, κοινωνικο-οικονομικά ανώτερα, μέτρια και χαμηλά στρώματα. Εκπαιδευτικοί απ' όλη την Ελλάδα συμμετείχαν επίσης στην έρευνα μέσω εκπαιδευτικών site στο ίντερνετ.

Συγκεκριμένα, το ερωτηματολόγιο ήταν αναρτημένο σε δυο site εκπαιδευτικών προσχολικής αγωγής και μπορούσε να συμμετέχει όποιος ήθελε προωθώντας το απαντημένο ερωτηματολόγιο στο email της ερευνήτριας. Οδηγίες για την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων υπήρχαν μέσα στα ερωτηματολόγια πάνω από τα αντικείμενα-ερωτήσεις.

Οι γονείς και οι νηπιαγωγοί ενημερώνονταν για τον σκοπό της έρευνας, για τους ερευνητές και πώς μπορούσαν να έρθουν σε επικοινωνία μαζί τους από γραπτές πληροφορίες που δίνονταν μέσα στα ερωτηματολόγια. Επίσης, διαβεβαιώνονταν ότι το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και η συμμετοχή τους ήταν οικειοθελής.

Η ερευνήτρια ήρθε σε επαφή με κάθε νηπιαγωγείο-παιδικό σταθμό και πήρε την άδεια από τη διευθύντρια κάθε σχολείου και αντίστοιχα από κάθε αρμόδια υπηρεσία. Έπειτα, ήρθε σε συνεννόηση με τις εκπαιδευτικούς όλων των τμημάτων, τους χορηγήθηκαν τα ερωτηματολόγια και εκείνες με τη σειρά τους τα διένειμαν στους γονείς των παιδιών. Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί καλούνταν να απαντήσουν τα ερωτηματολόγια στο σπίτι και να τα επιστρέψουν στην εκπαιδευτικό του σχολείου σε συγκεκριμένη χρονική περίοδο (2 εβδομάδες). Στην συνέχεια, η ερευνήτρια η ίδια παρέλαβε από κάθε σχολείο τα απαντημένα ερωτηματολόγια.

## **Υλικά**

Το ερωτηματολόγιο ήταν κοινό για τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς με την διαφορά ότι των εκπαιδευτικών περιλάμβανε περισσότερες ερωτήσεις λόγω συνένωσης με ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο, άλλης έρευνας, οι οποίες όμως δεν αναλύθηκαν στην παρούσα έρευνα. Στην αρχή του ερωτηματολογίου υπήρχε μια παράγραφος, η οποία διαβεβαίωνε τους γονείς και τους εκπαιδευτικούς ότι ήταν ανώνυμο και τους ενημέρωνε για τον σκοπό της έρευνας. Περιλάμβανε 10 ερωτήσεις γεγονότων για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων και στη συνέχεια 4 ερωτήσεις γνώσεων, κλειστού τύπου (πολλαπλής επιλογής) για την διάγνωση-αντιμετώπιση, φύση και τα αίτια της Δυσλεξίας. Ακολουθούσαν 10 διηθητικές ερωτήσεις κλειστού τύπου (Ναι ή όχι) εκ των οποίων 5 ήταν διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ (2,3,5,6 & 9), 1 του Τραυλισμού (10), 3 της Αυτιστικής διαταραχής (4,7 & 8) και 1 της σχιζοφρένειας (1), όπως αυτά παρατίθενται στην ελληνική εκδοχή του DSM-IV-TR.

Ερωτήσεις κλειστού τύπου είναι αυτές, που οι απαντήσεις καθορίζονται από πριν και ο ερωτώμενος καλείται να επιλέξει μεταξύ αυτών που προτείνονται. Έτσι δεν αφήνονται περιθώρια διαφορούμενων απαντήσεων, ενώ γίνονται εύκολα κατανοητές και είναι εύκολο να απαντηθούν και να αναλυθούν. Τέλος, χρησιμεύουν σαν ερωτήσεις- φίλτρα, δηλαδή ως μέσο διάκρισης των ερωτώμενων. Οι συμμετέχοντες καλούνταν να σκεκάρουν ναι ή όχι δίπλα σε κάθε ένα διαγνωστικό

κριτήριο από τα παραπάνω, προκειμένου να απαντήσουν στην ερώτηση: “Κατά τη γνώμη σας ένα παιδί που παρουσιάζει ΔΕΠΥ εμφανίζει: “. Με λίγα λόγια καλούνταν να αναγνωρίσουν και να τσεκάρουν τα διαγνωστικά κριτήρια της ΔΕΠΥ. (Παράρτημα 1).

Το ερωτηματολόγιο των νηπιαγωγών όπως προαναφέρθηκε αποτελούσε μέρος ενός μεγαλύτερου ερωτηματολογίου το οποίο επίσης απευθυνόταν σε νηπιαγωγούς. Ο συνολικός αριθμός των ερωτήσεων ήταν 39. Πέρα από τις προαναφερθείσες ερωτήσεις-αντικείμενα, περιλάμβανε 25 επιπλέον ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής γνώσεων, γεγονότων και γνώμων για θέματα που αφορούσαν τη ΔΕΠΥ και τη Δυσλεξία, οι οποίες εξυπηρετούσαν την άλλη έρευνα. Η συνένωση των δυο ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε προκειμένου να συγκεντρωθεί μεγάλο δείγμα νηπιαγωγών σε λιγότερο χρόνο. Σε κάθε τάξη νηπίων-προνηπίων υπάρχει μόνο ένας-μία νηπιαγωγός γεγονός που μαρτυρά τη δυσκολία συλλογής μεγάλου δείγματος νηπιαγωγών (Παράρτημα 2).

### **Συμμετέχοντες**

Στην έρευνα συμμετείχαν 251 άτομα, 135 γονείς νηπίων-προνηπίων και 116 εκπαιδευτικοί προσχολικής ηλικίας από δημόσια και ιδιωτικά νηπιαγωγεία/παιδικούς σταθμούς της Ελλάδας. Η επιλογή του δείγματος ήταν τυχαία. Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε τον χειμώνα του 2012-2013.

Από τους 116 εκπαιδευτικούς προσχολικής αγωγής 11 κατείχαν μεταπτυχιακό τίτλο. Οι 114 ήταν γυναίκες και οι 2 άντρες και η ηλικία τους κυμαίνονταν από 20-60 ετών με μέσο όρο 33.4. Οι 75 από αυτούς υπηρετούσαν σε δημόσιο σχολείο και οι 29 σε ιδιωτικό. 84 από τους εκπαιδευτικούς υπηρετούσαν σε επαρχία, ενώ 30 υπηρετούσαν σε πόλη. Τέλος, η εργασιακή τους εμπειρία τους κυμαινόταν από 0-30 χρόνια.

Το δείγμα των γονέων απαρτιζόταν από 38 πατέρες και 97 μητέρες, ηλικίας από 20-60 και μέσο όρο 35.5. Σε επαρχία διέμεναν 20 από τους πατέρες και 60 από τις μητέρες, ενώ 18 από τους πατέρες και 36 από τις μητέρες διέμεναν σε πόλη. Το μορφωτικό τους επίπεδο ποικίλε. Συγκεκριμένα, 8 γονείς ήταν απόφοιτοι του Δημοτικού, 10 του Γυμνασίου, 63 του Λυκείου, 25 του Πανεπιστημίου, 15 των ΤΕΙ και 14 κατείχαν Μεταπτυχιακό τίτλο.

<b>Συμμετέχοντες N = 251</b>		
	<b>Γονείς</b>	<b>Εκπαιδευτικοί προσχολικής ηλικίας</b>
<b>Αριθμός</b>	135	116
<b>Άντρες - Γυναίκες</b>	38 άντρες – 97 γυναίκες	2 άντρες – 114 γυναίκες
<b>Ετών</b>	20 - 60	20 – 60
<b>Μέση ηλικία</b>	35.5	33.4

### Στατιστική ανάλυση

Η καταχώρηση των στοιχείων έγινε σε βάση δεδομένων στο SPSS, από όπου έγινε και η στατιστική ανάλυση. Από το στατιστικό έλεγχο Kolmogorov Smirnov που πραγματοποιήθηκε διαπιστώθηκε ότι τα δεδομένα δεν ακολουθούσαν την κανονική κατανομή. Για τον λόγο αυτό για την ανάλυση των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικά τεστ. Υπολογίστηκαν οι συχνότητες των απαντήσεων και τα ποσοστά τους. Υπολογίστηκε επίσης το κριτήριο της ανεξαρτησίας ιδιοτήτων τεστ  $\chi^2$ , το οποίο συγκρίνει τις παρατηρηθείσες με τις αναμενόμενες συχνότητες για τον έλεγχο των υποθέσεων και την απόρριψη της μηδενικής υπόθεσης, που υποθέτει ότι οι μεταβλητές μας δεν έχουν σχέση μεταξύ τους. Επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε το  $\alpha=0,05$ . Σε κάποιες ερωτήσεις, έγινε επανακωδικοποίηση τιμών, για να ομαδοποιηθούν κατηγορίες μεταβλητών που είχαν πολύ λίγες περιπτώσεις. Για να βρεθούν οι βαθμοί συσχέτισης εκτελέστηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Spearman.

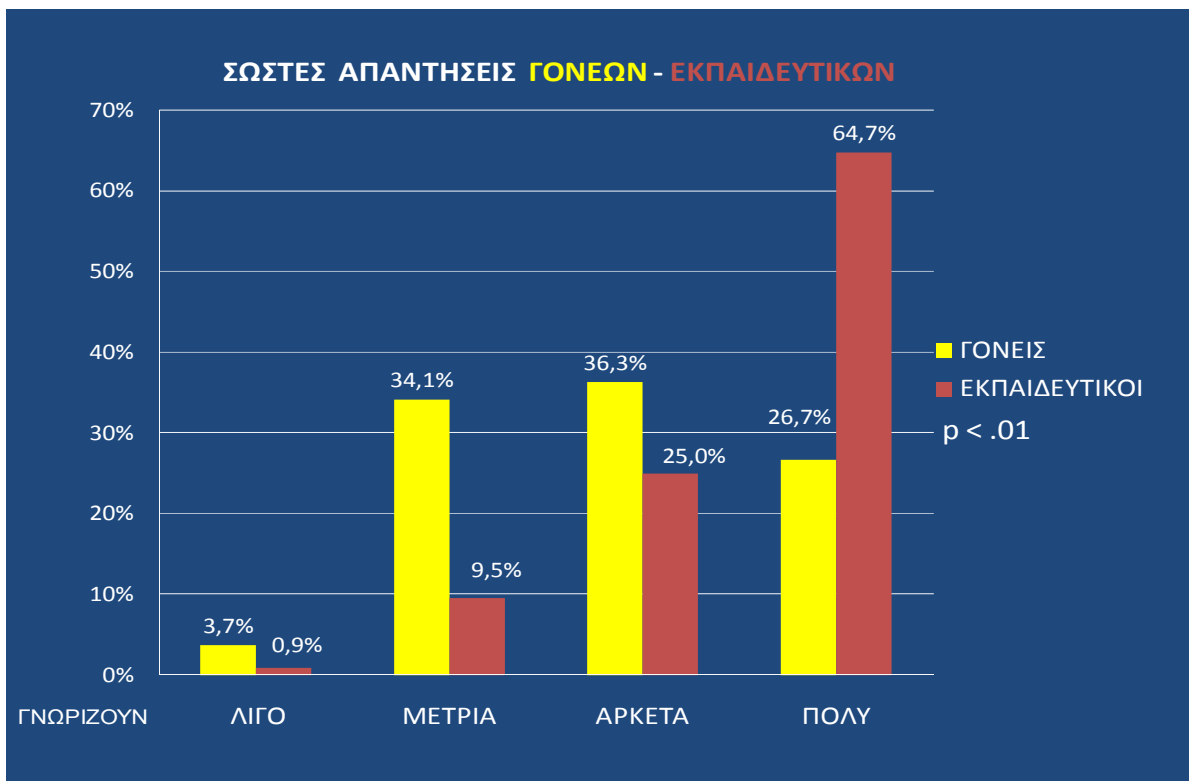
## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ – ΣΥΖΗΤΗΣΗ

### 5.1 Αποτελέσματα

**Πίνακας Α** Σύγκριση γνώσεων γονέων – εκπαιδευτικών στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ

	Γνωρίζουν λίγα	Γνωρίζουν μέτρια	Γνωρίζουν αρκετά	Γνωρίζουν πολύ
Γονείς	3.7%	34.1%	36.3%	26.7%
Εκπαιδευτικοί	0.9%	9.5%	25%	64.7%

**Γράφημα Α** Σύγκριση γνώσεων γονέων – εκπαιδευτικών στα συμπτώματα της ΔΕΠΥ



## Chi-Square Tests

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	40,918 <sup>a</sup>	3	,000
Likelihood Ratio	42,773	3	,000
Linear-by-Linear Association	38,584	1	,000
N of Valid Cases	251		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,31.

## Correlations

			totalnew	Sample
Spearman's rho	totalnew	Correlation Coefficient	1,000	,402**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	251	251
sample	sample	Correlation Coefficient	<b>,402**</b>	<b>1,000</b>
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	251	251

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

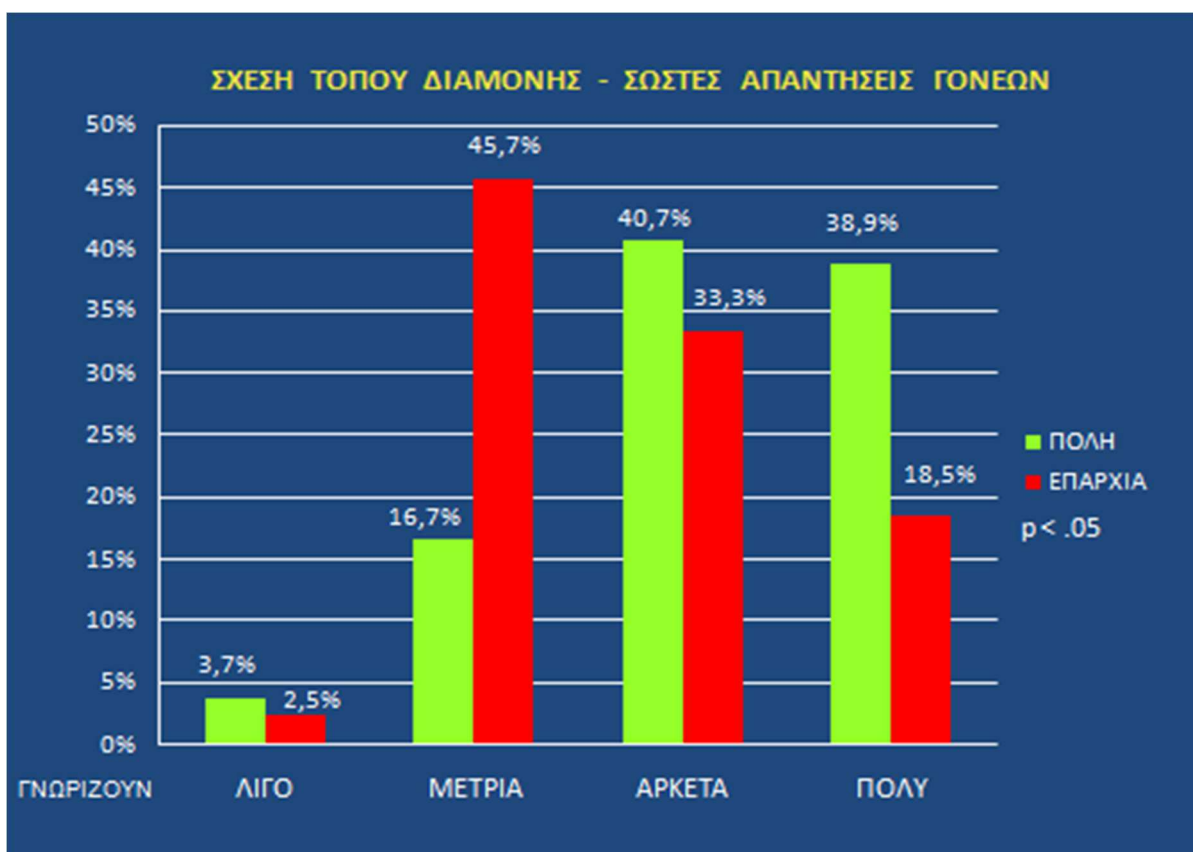
Από τους παραπάνω πίνακες παρατηρούμε ότι  $\chi^2(3)=40,918$ ,  $p=0.000 < 0.01$ , που σημαίνει ότι υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά στις σωστές απαντήσεις των γονέων σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς. Με άλλα λόγια και βλέποντας και τον πίνακα διασταυρώσεων οι εκπαιδευτικοί προσχολικής ηλικίας απαντούν σωστότερα στις ερωτήσεις (67,6%) σε σύγκριση με τους γονείς (32.4%), άρα έχουν μεγαλύτερη γνώση των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ. Παρατηρώντας το γράφημα διαπιστώνουμε ότι οι εκπαιδευτικοί που γνώριζαν πολύ καλά τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ ήταν περισσότεροι από διπλάσιοι, σε σύγκριση με τους γονείς που αντίστοιχα τα γνώριζαν πολύ καλά (64.7%  $\neq$  26.7) (Γράφημα Α).

Για να βρούμε το βαθμό συσχέτισης εκτελέσαμε το μη παραμετρικό έλεγχο Spearman και προέκυψε ότι  $r = 0.402$ , δηλαδή υπάρχει μια μέτρια θετική συσχέτιση των σωστών απαντήσεων των γονέων σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς.

**Πίνακας Β** Σχέση τόπου διαμονής - Σωστές απαντήσεις γονέων

	Γνωρίζουν λίγα	Γνωρίζουν μέτρια	Γνωρίζουν αρκετά	Γνωρίζουν πολύ
Γονείς πόλης	3.7%	16.7%	40.7%	38.9%
Γονείς επαρχίας	2.5%	45.7%	33.3%	18.5%

**Γράφημα Β** Σχέση τόπου διαμονής - Σωστές απαντήσεις γονέων





## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	13,702 <sup>a</sup>	3	<b>,003</b>
Likelihood Ratio	14,372	3	,002
Linear-by-Linear Association	9,995	1	,002
N of Valid Cases	135		

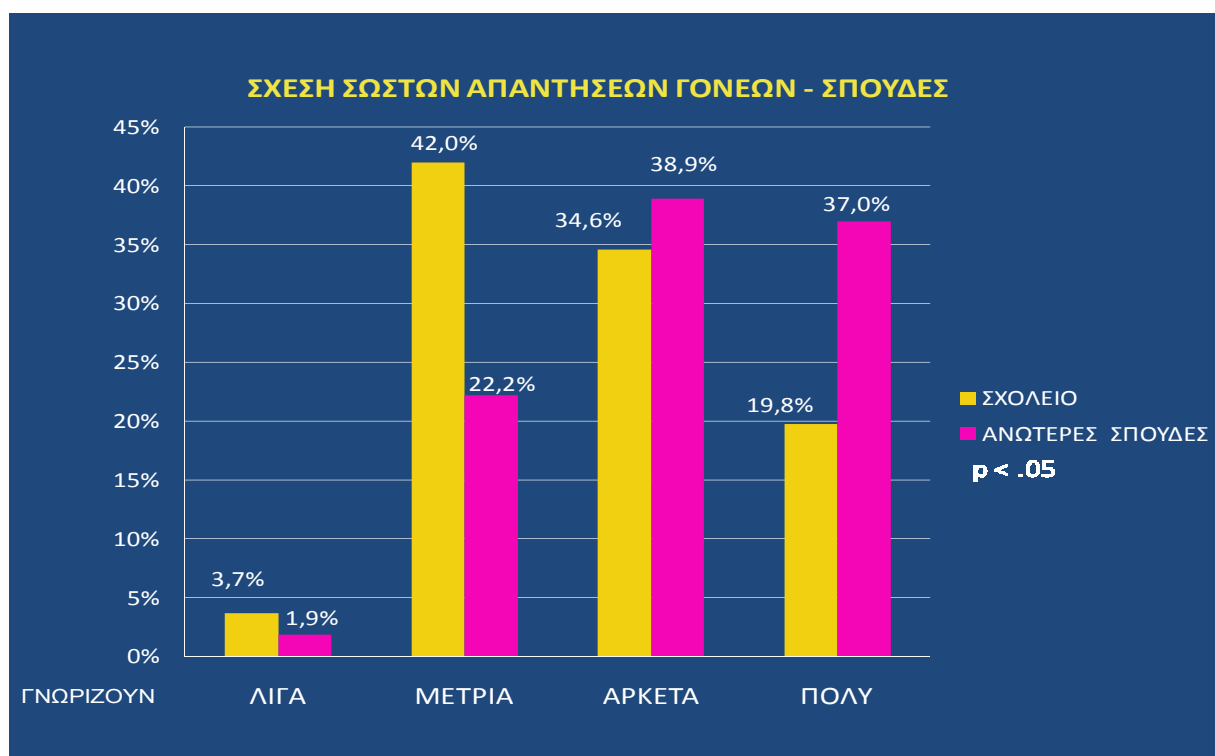
a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,60.

Από τον έλεγχο  $\chi^2$  διαπιστώθηκε ότι  $\chi^2(3)=13,701$  ,  $p= 0,003<0,05$  , συνεπώς υπάρχει διαφορά στο αν απαντούν σωστά οι γονείς σε σχέση με τον τόπο διαμονής τους. Με άλλα λόγια, διαφέρουν στατιστικώς σημαντικά οι σωστές απαντήσεις των γονέων ανάλογα με τον τόπο διαμονής τους. Από τον πίνακα ποσοστών φαίνεται ότι αυτοί που διαμένουν στην πόλη γνωρίζουν πολλά περισσότερα για το θέμα (78,9%) έναντι αυτών που διαμένουν στην επαρχία (51,8%)  $p<0,05$ . Μάλιστα, οι γονείς που διέμεναν σε πόλη και γνώριζαν πολύ καλά τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ ήταν οι διπλάσιοι από τους γονείς που διέμεναν σε επαρχία (38.9%  $\neq$  18.5%) (Γράφημα Β).

**Πίνακας Γ** Σχέση σωστών απαντήσεων γονέων – Επίπεδο σπουδών

	Γνωρίζουν λίγα	Γνωρίζουν μέτρια	Γνωρίζουν αρκετά	Γνωρίζουν πολύ
Γονείς απόφοιτοι σχολείου	3.7%	42%	34.6%	19.8%
Γονείς με ανώτερες σπουδές	1.9%	22.2%	38.9%	37%

**Γράφημα Γ** Σχέση σωστών απαντήσεων γονέων – Επίπεδο σπουδών



#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,881 <sup>a</sup>	3	<b>,049</b>
Likelihood Ratio	8,024	3	,046
Linear-by-Linear Association	7,538	1	,006
N of Valid Cases	135		

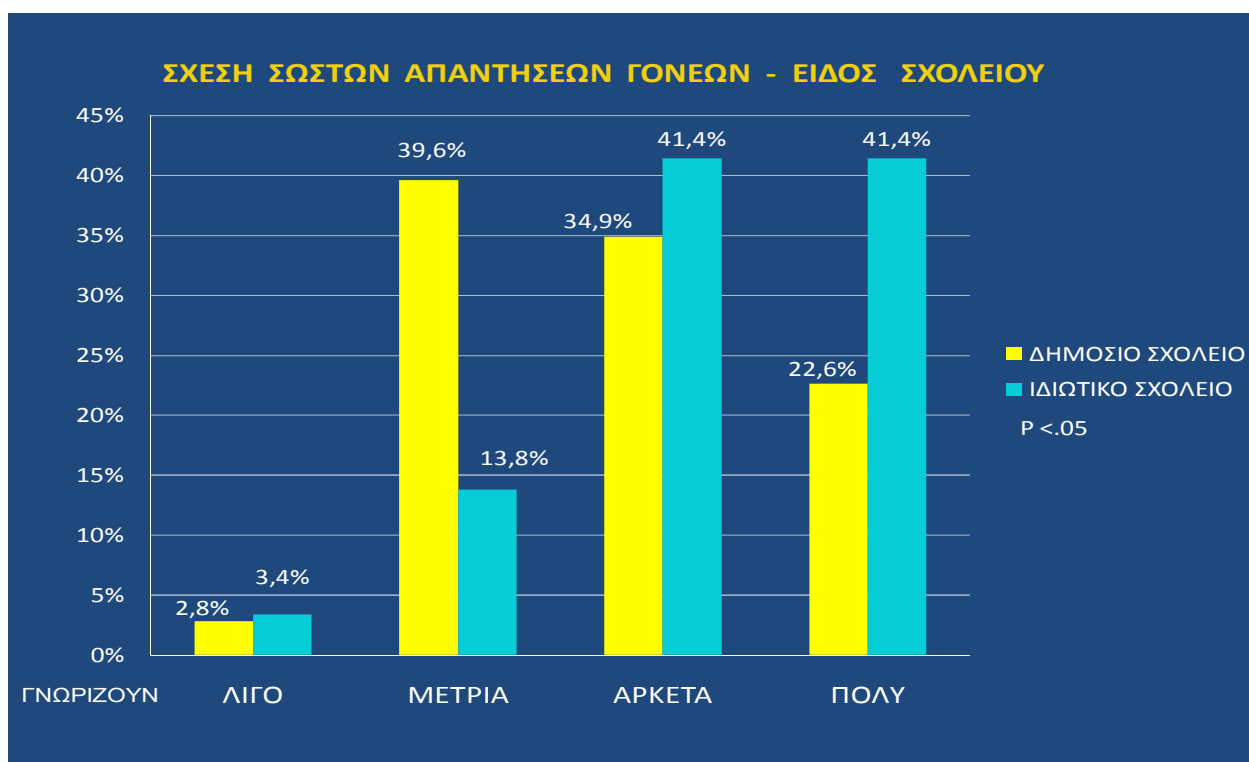
a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,60.

Από τον έλεγχο  $\chi^2$  διαπιστώθηκε ότι  $\chi^2(3)=7.881$ ,  $p = 0.049 < 0.05$ , συνεπώς υπάρχει στατιστική σημαντική διαφορά στο αν απαντούν σωστά οι γονείς σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο-σπουδές. Οι γονείς ανώτερης εκπαίδευσης, δηλαδή οι απόφοιτοι των ΤΕΙ, Πανεπιστημίου ή και οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού, διέθεταν περισσότερες γνώσεις (66.11%) από τους γονείς που ήταν απόφοιτοι Δημοτικού, Γυμνασίου ή Λυκείου (59.14%)  $p < 0.05$ . Από το γράφημα 3 επίσης διαπιστώνεται ότι οι γνώσεις των γονιών ανώτερου μορφωτικού επιπέδου, που γνώριζαν πολύ καλά τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ ήταν σχεδόν διπλάσιοι στον αριθμό από τους γονείς χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου (37%  $\neq$  19.8%).

**Πίνακας Δ** Σχέση σωστών απαντήσεων γονέων – Είδος σχολείου

	Γνωρίζουν λίγα	Γνωρίζουν μέτρια	Γνωρίζουν αρκετά	Γνωρίζουν πολύ
Γονείς πόλης	3.7%	16.7%	40.7%	38.9%
Γονείς επαρχίας	2.5%	45.7%	33.3%	18.5%

**Γράφημα Δ** Σχέση σωστών απαντήσεων γονέων – Επίπεδο σπουδών



## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,749 <sup>a</sup>	3	<b>,05</b>
Likelihood Ratio	8,411	3	,038
Linear-by-Linear Association	5,993	1	,014
N of Valid Cases	135		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is ,86.

Από τον έλεγχο  $\chi^2$  διαπιστώθηκε ότι  $\chi^2(3)=7,749$  ,  $p= 0,05=0,05$  , συνεπώς υπάρχει – οριακή- διαφορά στο αν απαντούν σωστά οι γονείς σε σχέση με το σχολείο. Με άλλα λόγια διαφέρουν -οριακά- στατιστικώς σημαντικά οι σωστές απαντήσεις των γονέων ανάλογα με το σχολείο φοίτησης των παιδιών τους. Οι γονείς που τα παιδιά τους φοιτούν σε ιδιωτικά σχολεία γνωρίζουν καλύτερα τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ (71.3%) σε σύγκριση με τους γονείς που τα παιδιά τους φοιτούν σε δημόσια σχολεία (69.4%). Από το γράφημα φαίνεται η υπεροχή των γονέων που τα παιδιά τους φοιτούν σε ιδιωτικά σχολεία και γνωρίζουν πολύ καλά τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, έναντι των γονέων που τα παιδιά τους φοιτούν σε δημόσια σχολεία και γνωρίζουν πολύ καλά τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ (41.4%  $\neq$  22.6%), ωστόσο δεν υπάρχει στατιστικώς σημαντική διαφορά μεταξύ τους,  $p= 0,05$  (Γράφημα Δ).

## 5.2 Συζήτηση

Με βάση τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση της έρευνας, ότι δηλαδή δεν υπάρχει διαφορά στις σωστές απαντήσεις που έδωσαν οι γονείς για τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, σε σχέση με τους εκπαιδευτικούς. Οι εκπαιδευτικοί προσχολικής ηλικίας γνωρίζουν καλύτερα τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ (67,6%) σε σύγκριση με τους γονείς παιδιών προσχολικής ηλικίας (32,4%). Το εύρημα αυτό υποστηρίζεται από τα αποτελέσματα της έρευνας των Sax & Kautz (2003) οι οποίοι υπέθεσαν ποιοι θα γνώριζαν καλύτερα τη ΔΕΠΥ. 491 οικογενειακοί γιατροί, παιδίατροι και παιδοψυχίατροι εκτίμησαν ότι μεταξύ άλλων (γονέων, γιατρών, άλλων ατόμων από το προσωπικό του σχολείου, σχολικών συμβούλων, φροντιστών παιδιών, γειτόνων κ.α.) πρώτοι οι δάσκαλοι (46,4%) αναγνωρίζουν την ΔΕΠΥ, έπειτα οι γονείς (30,2%) και μετά όλοι οι άλλοι (Sax & Kautz, 2003, σ.171-174).

Τα αποτελέσματα της έρευνας των West, Taylor, Houghton & Hudyma (2005, Αυστραλία) δεν συμφωνούν με τα ευρήματα της υπάρχουσας έρευνας. Πιο συγκεκριμένα, οι παραπάνω ερευνητές υποστήριξαν ότι οι γνώσεις των γονέων, οι οποίες εξετάστηκαν μέσω ενός ερωτηματολογίου (KADD-Q), σε γενικές γραμμές ήταν σημαντικά καλύτερες από εκείνες των εκπαιδευτικών (αίτια: γονείς 76.6% - εκπαιδευτικοί 65.2%, χαρακτηριστικά: γονείς 62.8% - εκπαιδευτικοί 59%, αντιμετώπιση: γονείς 57.8% - εκπαιδευτικοί 47.8%). Παρόλα αυτά δεν βρέθηκε στατιστικώς σημαντική διαφορά ανάμεσα στις γνώσεις γονέων-εκπαιδευτικών για τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ (West, Taylor, Houghton & Hudyma, 2005, σ. 192-206).

Σε αντίθεση επίσης, με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έρχονται τα αποτελέσματα της έρευνας των Coutinho, Mattos, Schmitz, Fortes & Borges (2009, Βραζιλία). Χρησιμοποιώντας ως εργαλείο την βραζιλιάνικη έκδοση του ερωτηματολογίου SNAP-IV, το οποίο συμπλήρωσαν οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί, βρήκαν ότι οι γονείς πραγματοποιούσαν εγκυρότερες “διαγνώσεις” της ΔΕΠΥ (40 στα 44 παιδιά) έναντι των εκπαιδευτικών (29 στα 44 παιδιά) (Coutinho, Mattos, Schmitz, Fortes & Borges, 2009, σ. 101-103).

Τα διαφορετικά αποτελέσματα μεταξύ των ερευνών μπορεί να προκύπτουν εξαιτίας του μικρού αριθμού των συμμετεχόντων, πράγμα το οποίο συνεπάγεται μη γενικεύσιμα συμπεράσματα. Επίσης, η διαφορετική κουλτούρα και εκπαίδευση των συμμετεχόντων μπορεί να επηρεάζουν τα αποτελέσματα. Σε κάποιες χώρες (Αυστραλία, Βραζιλία) μπορεί να πραγματοποιούνται περισσότερα προγράμματα ενημέρωσης και κατάρτισης των γονέων για τη ΔΕΠΥ σε σύγκριση με την Ελλάδα, με αποτέλεσμα οι γονείς άλλων χωρών να διαθέτουν περισσότερες γνώσεις για το διερευνηθέν θέμα σε σύγκριση με τους Έλληνες γονείς. Επίσης, μπορεί οι Έλληνες εκπαιδευτικοί είτε μέσω της πανεπιστημιακής εκπαίδευσης είτε μέσω

σεμιναρίων και συνεδρίων να ενημερώνονται περισσότερο σε σύγκριση με τους εκπαιδευτικούς των άλλων χωρών ή από τον συνδυασμό των δύο να προκύπτουν τα αποτελέσματα.

Τα ευρήματα της παρούσας έρευνας μαρτυρούν ότι υπάρχει μια μέτρια θετική συσχέτιση των γνώσεων των γονέων σε σχέση με των εκπαιδευτικών για τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ ( $r=0.402$ ). Με αυτό το εύρημα συμφωνούν σχεδόν όλες οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί ως σήμερα για τα προβλήματα συμπεριφοράς των παιδιών και πως τα αξιολογούν οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί (Touliatos & Lindholm 1981, σ. 347-354) (Verhulst & Akkerhuis, 1989, σ. 123-136) (Phillips, Greenson, Collett & Gimpel, 2002, σ. 283-299) (Malhi, Singhi, & Sidhu, 2008, σ.223-228) (Satake, Yoshida, Yamashita, Kinukawa & Takagishi, 2003, σ.111-124).

Τα νέα ευρήματα της παρούσας έρευνας είναι ότι τις γνώσεις των γονέων για τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ επηρεάζουν κάποιοι παράγοντες και συγκεκριμένα: ο τόπος διαμονής τους, το μορφωτικό τους επίπεδο-σπουδές και το σχολείο στο οποίο φοιτούν τα παιδιά τους. Για την ακρίβεια, οι γονείς που διέμεναν σε πόλη και γνώριζαν αρκετά - πολύ καλά (39.8%) τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, είναι περισσότεροι σε σύγκριση με τους γονείς της επαρχίας (26.2%). Οι γονείς υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου-σπουδών, δηλαδή οι απόφοιτοι των ΤΕΙ, Πανεπιστημίου ή και οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού και γνώριζαν αρκετά - πολύ καλά τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ (37.95%) είναι περισσότεροι από τους γονείς χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου (27.2%) (Δημοτικό-Γυμνάσιο-Λύκειο). Τέλος, Οι γονείς που τα παιδιά τους φοιτούσαν σε ιδιωτικά σχολεία (41.4) και γνώριζαν αρκετά - πολύ καλά τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ ήταν περισσότεροι σε σύγκριση με τους γονείς που τα παιδιά τους φοιτούσαν σε δημόσια σχολεία (28.75%).

### 5.3 Συμπεράσματα

Οι γνώσεις κυρίως των Ελλήνων γονέων αλλά και σε μικρότερο βαθμό των Ελλήνων εκπαιδευτικών για την ΔΕΠΥ δεν είναι επαρκείς. Οι γονείς και οι εκπαιδευτικοί μπορούν να παίξουν καθοριστικό ρόλο στη πρώιμη ανίχνευση - διάγνωση και αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ. Συχνά μπορεί να είναι οι πρώτοι που παρατηρούν συμπεριφορές συνδεδεμένες με τη ΔΕΠΥ και παρέχουν βοηθητικές πληροφορίες στους ειδικούς. Οι συνέπειες της ΔΕΠΥ κατά την παιδική, εφηβική αλλά και ενήλικη ζωή είναι καταστροφικές και επιδρούν στους περισσότερους τομείς της ζωής του ανθρώπου. Η ελλιπής κατάρτιση και ενημέρωση των γονέων και εκπαιδευτικών μπορεί να αποβεί καταστροφική για ένα παιδί, αλλά και για ολόκληρη την κοινωνία.

Η κινητοποίηση της κρατικής μέριμνας για την ανάπτυξη προγραμμάτων κατάρτισης και ενημέρωσης των γονιών και εκπαιδευτικών για την ΔΕΠΥ κρίνεται ζωτικής σημασίας. Μόνο μέσω της πρόληψης και πρώιμης διάγνωσης μπορεί να υπάρξει πρώιμη αντιμετώπιση. Η πρώιμη

διάγνωση και αντιμετώπιση της ΔΕΠΥ συνεπάγεται περισσότερο υγιή και ευτυχισμένα παιδιά και κατ' επέκταση καλύτερη οικονομική αλλά και γενικότερη ανάπτυξη της χώρας.

#### 5.4 Περιορισμοί - Προτάσεις

Πιθανό περιορισμό της έρευνας μπορεί να αποτελέσει η σύμπτυξη δυο ερωτηματολογίων (των εκπαιδευτικών) σε ένα για την εξυπηρέτηση δυο ερευνών σε συντομότερο χρονικό διάστημα με μεγαλύτερο δείγμα. Το ερωτηματολόγιο των εκπαιδευτικών ήταν εμφανώς εκτενέστερο από εκείνο των γονέων. Ο μεγάλος αριθμός ερωτήσεων μπορεί να κούρασε τους συμμετέχοντες εκπαιδευτικούς και να απάντησαν χωρίς να έδωσαν την πρέπουσα σημασία στα αντικείμενα-ερωτήσεις, αντίθετα με τους γονείς που μπορεί να απάντησαν πιο ξεκούραστα και πρόθυμα λόγω του μικρού αριθμού ερωτήσεων. Επίσης, η αναφορά των ερωτήσεων μια στη ΔΕΠΥ και μια στη Δυσλεξία μπορεί να δημιούργησαν σύγχυση στους συμμετέχοντες εκπαιδευτικούς με αποτέλεσμα οι απαντήσεις τους να μην είναι ακριβής.

Επίσης, οι συμμετέχοντες και κυρίως οι εκπαιδευτικοί ίσως να αποτελούσαν έναν αυτό-επιλεγέντα πληθυσμό με περισσότερες γνώσεις που να μην ήταν αντιπροσωπευτικός του γενικότερου αντίστοιχου εκπαιδευτικού πληθυσμού της χώρας, γι' αυτό και γνώριζαν καλύτερα από τους γονείς τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ.

Μια έρευνα με σημαντικά μεγαλύτερο και αντιπροσωπευτικότερο δείγμα που να απαντά ακριβώς στις ίδιες ερωτήσεις, χωρίς την προσθήκη άλλων ερωτήσεων, θα «παρήγαγε» περισσότερο αξιόπιστα αποτελέσματα.



**ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ****Παράρτημα (1)****ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

Αγαπητέ γονέα,

Το ερωτηματολόγιο είναι **ανώνυμο** και μας ενδιαφέρει μόνο η δική σας, **ειλικρινής απάντηση**. Μέσω αυτού θα διερευνηθούν οι απόψεις και η στάση των Ελλήνων νηπιαγωγών στο θέμα της **Ειδικής Αγωγής** και ειδικότερα των Μαθησιακών Δυσκολιών, της Δυσλεξίας και Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής, Υπερκινητικότητα (**ΔΕΠΥ**).

Σας παρακαλούμε, να διαβάσετε και να απαντήσετε προσεκτικά και με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις.

**Ημερομηνία:** ...../...../ 2012 **Φύλλο:** Άνδρας  Γυναίκα  **Ηλικία:** .....

**Συγγένεια:** Πατέρας  Μητέρα  Άλλη συγγένεια:  ..... **Επάγγελμα:**.....

**Πόλη νηπιαγωγείου:** ..... **Τάξη:**..... **Έτος γέννησης παιδιού:**.....

**Σπουδές:** Απόφοιτος δημοτικού  Απόφοιτος γυμνασίου  Απόφοιτος λυκείου   
Πανεπιστήμιο  ΤΕΙ  Μεταπτυχιακό  Διδακτορικό

**Άλλες σπουδές (ειδικότητα):** .....

**Ερωτήσεις**

1) Ποιες επιστημονικές ειδικότητες είναι αρμόδιες για τη Διάγνωση και Αντιμετώπιση της

Δυσλεξίας (επιλέξτε μία ή περισσότερες απαντήσεις): Ψυχολόγοι  Λογοθεραπευτές

Εργοθεραπευτές  Ειδικοί Παιδαγωγοί

2) Η Δυσλεξία είναι πρόβλημα (επιλέξτε μία μόνο απάντηση): Προφορικού Λόγου – Ομιλίας

Γραπτού Λόγου  Και των δύο εξίσου

3) Για να μπορεί να διαγνωστεί η δυσλεξία θα πρέπει ο μαθητής απαραίτητα να υστερεί

σημαντικά στην (επιλέξτε μία μόνο απάντηση): Ομιλία  Ορθογραφία  Ανάγνωση

Αριθμητική

4) Η δυσλεξία προκαλείται από (επιλέξτε μία μόνο απάντηση): Αρνητικό περιβάλλον

Κακή διδασκαλία  Βιολογικά αίτια

**Κατά τη γνώμη σας ένα παιδί που παρουσιάζει ΔΕΠΥ:**

- 5) Συχνά παρουσιάζει ψευδαισθήσεις. Ναι  Όχι
- 6) Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του σε δουλειές ή δραστηριότητες παιχνιδιού. Ναι  Όχι
- 7) Συχνά η προσοχή του διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα. Ναι  Όχι
- 8) Συχνά κινεί νευρικά τα χέρια ή τα πόδια του ή στριφογυρίζει στη θέση του. Ναι  Όχι
- 9) Συχνά παρουσιάζει εμφανώς άκαμπτη εμμονή σε ειδικές, μη λειτουργικές συνήθειες ή τελετουργίες. Ναι  Όχι
- 10) Συχνά αφήνει τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθιστός(-ή). Ναι  Όχι
- 11) Συχνά παρουσιάζει καθυστέρηση, ή ολική έλλειψη της ανάπτυξης της ομιλούμενης γλώσσας. Ναι  Όχι
- 12) Συχνά παρουσιάζει επίμονη ενασχόληση με τμήματα αντικειμένων. Ναι  Όχι
- 13) Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει απρόσκλητος σε συζητήσεις ή παιχνίδια). Ναι  Όχι
- 14) Συχνά επαναλαμβάνει ήχους και συλλαβές. Ναι  Όχι

**Ευχαριστούμε πολύ για την καλοπροαίρετη συνεργασία σας!**

**Γεώργιος Θ. Παυλίδης**  
**Καθηγητής Μαθησιακών Δυσκολιών**  
**Pavlidis@uom.gr**

**Αναστασία Δεληγιαννίδου**  
**nat.deligian@yahoo.gr**  
**6937401836**

Παράρτημα (2)**ΑΝΩΝΥΜΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ**

Αγαπητέ/-ή Εκπαιδευτικέ,

Το ερωτηματολόγιο είναι **ανώνυμο** και μας ενδιαφέρει μόνο η δική σας, **ειλικρινής απάντηση**. Μέσω αυτού θα διερευνηθούν οι απόψεις και η στάση των Ελλήνων νηπιαγωγών στο θέμα της **Ειδικής Αγωγής** και ειδικότερα των Μαθησιακών Δυσκολιών, της Δυσλεξίας και της Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής, Υπερκινητικότητα (**ΔΕΠΥ**).

Σας παρακαλούμε, να διαβάσετε και να απαντήσετε προσεκτικά και με ειλικρίνεια σε όλες τις ερωτήσεις.

**Ημερομηνία:** ...../...../ 2012 **Φύλο:** Άνδρας  Γυναίκα  **Ετών:** ..... **Έτη υπηρεσίας:** .....

**Πόλη σχολείου:** ..... **Αριθμός μαθητών:** .....

**Εργάζεστε στον:** Δημόσιο τομέα  Ιδιωτικό τομέα

**Βασικές σπουδές:** Πτυχίο Παιδ. Ακαδημίας  Πτυχίο Παιδαγωγικού Τμήματος (4ετούς φοίτησης)   
Μεταπτυχιακό  Διδακτορικό

**Άλλες σπουδές (ειδικότητα):** .....

**Ερωτήσεις**

1) Πόσα εξαμηνιαία ή ετήσια μαθήματα διδαχθήκατε κατά την διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών σας για:

Τις Μαθησιακές Δυσκολίες ή τη Δυσλεξία:

0  1  2  3 ή περισσότερα

Τη ΔΕΠΥ:

0  1  2  3 ή περισσότερα

2) Εάν δεν διδαχθήκατε κατά την διάρκεια των προπτυχιακών σπουδών σας, έχετε αποκτήσει σχετικές γνώσεις:

Για τη Δυσλεξία από:

Σεμινάρια  Διαλέξεις  Συνέδρια

Μεταπτυχιακά  Προγράμματα Εξειδίκευσης

Βιβλία, Επιστημονικά περιοδικά και Άρθρα

Για τη ΔΕΠΥ από:

Σεμινάρια  Διαλέξεις  Συνέδρια

Μεταπτυχιακά  Προγράμματα Εξειδίκευσης

Βιβλία, Επιστημονικά περιοδικά και Άρθρα

3) Θεωρείτε ότι η εκπαίδευσή σας ήταν ικανοποιητική για την Ανίχνευση-Εντοπισμό παιδιών με:

Μαθησιακές Δυσκολίες-Δυσλεξία:

Καθόλου  Λίγο  Πολύ  Πάρα πολύ

ΔΕΠΥ:

Καθόλου  Λίγο  Πολύ  Πάρα πολύ

4) Θεωρείτε ότι η εκπαίδευσή σας ήταν ικανοποιητική για την Αντιμετώπιση παιδιών με:

Μαθησιακές Δυσκολίες-Δυσλεξία:

Καθόλου  Λίγο  Πολύ  Πάρα πολύ

ΔΕΠΥ:

Καθόλου  Λίγο  Πολύ  Πάρα πολύ

5) Πόσα σεμινάρια/διαλέξεις/ συνέδρια με θέμα τις Μαθησιακές Δυσκολίες, τη Δυσλεξία ή ΔΕΠΥ έχετε παρακολουθήσει τα τελευταία 5 χρόνια; .....

6) Γνωρίζετε τι είναι η Δυσλεξία;

Καθόλου  Λίγο  Πολύ  Πάρα πολύ

7) Γνωρίζετε τι είναι η ΔΕΠΥ;

Καθόλου  Λίγο  Πολύ  Πάρα πολύ

8) Έχετε διδάξει σε παιδιά με:

Μαθησιακές δυσκολίες-Δυσλεξία:

Ναι  Όχι  Δεν γνωρίζω

ΔΕΠΥ:

Ναι  Όχι  Δεν γνωρίζω

9) Εάν έχετε διδάξει σε μαθητές με Δυσλεξία, η "διάγνωση" έγινε από: Εσάς  Ειδικούς  Σε συνεργασία με συναδέλφους  Εκπαιδευτικούς συμβούλους

10) Εάν έχετε/είχατε μαθητές με ΔΕΠΥ, η "διάγνωση" έγινε από: Εσάς  Ειδικούς  Συναδέλφους

Εκπαιδευτικούς Συμβούλους

11) Ποιες επιστημονικές ειδικότητες είναι αρμόδιες για τη Διάγνωση και Αντιμετώπιση της Δυσλεξίας (επιλέξτε

μία ή περισσότερες απαντήσεις): Ψυχολόγοι  Λογοθεραπευτές  Εργοθεραπευτές

Ειδικό Παιδαγωγό

12) Η Δυσλεξία είναι πρόβλημα (επιλέξτε μία μόνο απάντηση): Προφορικού Λόγου – Ομιλίας

Γραπτού Λόγου  Και των δύο εξίσου

13) Για να μπορεί να διαγνωστεί η δυσλεξία θα πρέπει ο μαθητής απαραίτητα να υστερεί σημαντικά στην

(επιλέξτε μία μόνο απάντηση): Ομιλία  Ορθογραφία  Ανάγνωση  Αριθμητική

14) Η δυσλεξία προκαλείται από (επιλέξτε μία μόνο απάντηση): Αρνητικό περιβάλλον  Κακή διδασκαλία

Βιολογικά αίτια

15) Πιστεύετε ότι τα σχολεία πρέπει να γίνουν περισσότερο "φιλικά" προς τους μαθητές που έχουν διαγνωσθεί με

Δυσλεξία – ΔΕΠΥ ;

Ναι  Όχι

16) Σε άλλες χώρες είναι διαδεδομένα τα σχολεία που είναι φιλικά προς τη Δυσλεξία (Dyslexia Friendly Schools)

και έχουν ως βασική επιδίωξη να ενσωματώνουν επιτυχώς μαθητές με δυσλεξία στα γενικά σχολεία.

Συμφωνείτε με την ύπαρξή τους και στη χώρα μας;

Ναι  Όχι

- 17) Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η ύπαρξη ενός Ειδικού Παιδαγωγού ή Σχολικού Ψυχολόγου σε κάθε σχολείο για την Αντιμετώπιση μαθητών με Μαθησιακές Δυσκολίες, Δυσλεξία ή ΔΕΠΥ; Ναι  Όχι
- 18) Εάν αντιληφθείτε ότι ένας μαθητής σας αντιμετωπίζει δυσκολίες στη μάθηση, θα τον παραπέμψετε άμεσα σε κάποιον ειδικό; Ναι  Όχι
- 19) Πιστεύετε ότι μπορούν να ανταπεξέλθουν στο παρόν εκπαιδευτικό σύστημα και εκπαιδευτικό υλικό:  
Οι μαθητές με Δυσλεξία: Ναι  Όχι  Οι μαθητές με ΔΕΠΥ: Ναι  Όχι
- 20) Θεωρείτε απαραίτητη τη συνεχή ενημέρωση-επιμόρφωση εκπαιδευτικών και γονέων σε θέματα Ειδικής Αγωγής, Δυσλεξίας και ΔΕΠΥ; Ναι  Όχι

**Κατά τη γνώμη σας ένα παιδί που παρουσιάζει ΔΕΠΥ:**

- 21) Συχνά παρουσιάζει ψευδαισθήσεις. Ναι  Όχι
- 22) Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του σε δουλειές ή δραστηριότητες παιχνιδιού. Ναι  Όχι
- 23) Συχνά η προσοχή του διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα. Ναι  Όχι
- 24) Συχνά παρουσιάζει εμφανώς άκαμπτη εμμονή σε ειδικές, μη λειτουργικές συνήθειες ή τελετουργίες. Ναι  Όχι
- 25) Συχνά κινεί νευρικά τα χέρια ή τα πόδια του ή στριφογυρίζει στη θέση του. Ναι  Όχι
- 26) Συχνά αφήνει τη θέση του στην τάξη ή σε άλλες περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται ότι θα παραμείνει καθιστός/-ή. Ναι  Όχι
- 27) Συχνά παρουσιάζει καθυστέρηση ή ολική έλλειψη της ανάπτυξης της ομιλούμενης γλώσσας. Ναι  Όχι
- 28) Συχνά παρουσιάζει επίμονη ενασχόληση με τμήματα αντικειμένων. Ναι  Όχι
- 29) Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του τους άλλους (π.χ. παρεμβαίνει απρόσκλητος σε συζητήσεις ή παιχνίδια). Ναι  Όχι
- 30) Συχνά επαναλαμβάνει ήχους και συλλαβές. Ναι  Όχι

**Στις παρακάτω ερωτήσεις η απάντησή σας μπορεί να είναι μόνο μία:**

**Κυκλώστε** αυτό που σας αντιπροσωπεύει:

**ΔΑ:** Διαφωνώ Απόλυτα **Δ:** Διαφωνώ **Σ:** Συμφωνώ **ΣΑ:** Συμφωνώ Απόλυτα **ΔΓ:** Δεν Γνωρίζω

- 31) Είναι απαραίτητη η σε βάθος μόρφωση των εκπαιδευτικών σε θέματα Ειδικής Αγωγής κατά την διάρκεια των βασικών τους σπουδών. ΔΑ Δ Σ ΣΑ ΔΓ
- 32) Η συνεχής σχολική αποτυχία του μαθητή προκαλεί την αρνητική συμπεριφορά του εκπαιδευτικού. ΔΑ Δ Σ ΣΑ ΔΓ
- 33) Πρέπει να φοιτούν σε κανονικό σχολείο τα παιδιά με:  
Μαθησιακές Δυσκολίες-Δυσλεξία: ΔΑ Δ Σ ΣΑ ΔΓ ΔΕΠΥ: ΔΑ Δ Σ ΣΑ ΔΓ
- 34) Η ομαλή λειτουργία της τάξης μπορεί να διαταραχθεί από παιδιά με:  
Μαθησιακές Δυσκολίες-Δυσλεξία: ΔΑ Δ Σ ΣΑ ΔΓ ΔΕΠΥ: ΔΑ Δ Σ ΣΑ ΔΓ
- 35) Η Παράλληλη Στήριξη πρέπει να πραγματοποιείται μόνο όταν αποτυγχάνει η κανονική εκπαίδευση. ΔΑ Δ Σ ΣΑ ΔΓ 36)
- Εμποδίζεται η πρόοδος της τάξης εξαιτίας της συνδιδασκαλίας παιδιών:  
Με και χωρίς Μαθησιακές δυσκολίες-Δυσλεξία: ΔΑ Δ Σ ΣΑ ΔΓ Με και χωρίς ΔΕΠΥ: ΔΑ Δ Σ ΣΑ ΔΓ
- 37) Το νηπιαγωγείο σας διαθέτει για την εκπαίδευση παιδιών με πιθανές Μαθησιακές Δυσκολίες ή ΔΕΠΥ  
Την κατάλληλη υλικοτεχνική υποδομή: Το κατάλληλα εκπαιδευμένα προσωπικό: ΔΑ Δ Σ ΣΑ ΔΓ ΔΑ Δ Σ ΣΑ ΔΓ
- 38) Πρέπει να παρέχεται στους εκπαιδευτικούς η δωρεάν δυνατότητα μεταπτυχιακών σπουδών ή εξειδίκευσης στην Ειδική Αγωγή, για να μπορούν να ανταπεξέρχονται στα εκπαιδευτικά τους καθήκοντα; ΔΑ Δ Σ ΣΑ ΔΓ
- 39) Είμαι διατεθειμένος/-η να εκπαιδευτώ στις σύγχρονες μεθόδους της ειδικής διδασκαλίας. ΔΑ Δ Σ ΣΑ ΔΓ

**Ευχαριστούμε πολύ για την καλοπροαίρετη συνεργασία σας!**

**Ντόρα Νικολαΐδου**  
**dora\_ni@hotmail.com**  
**6957 463 491**

**Γεώργιος Θ. Παυλίδης**  
**Καθηγητής Μαθησιακών Δυσκολιών**  
**Pavlidis@ uom.gr**  
**2310891333-4**

**Αναστασία Δεληγιαννίδου**  
**nat.deligian@yahoo.gr**  
**6937401836**

**ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ***Ελληνική βιβλιογραφία*

**Βάμβουκας, Μ.Ι.** (2002) **‘Εισαγωγή στην ψυχοπαιδαγωγική έρευνα και μεθοδολογία’**. Αθήνα, Γρηγόρης.

**Ρούσσος, Π.Λ & Τσαούσης, Γ.** (2009) **‘Στατιστική εφαρμοσμένη στις κοινωνικές επιστήμες’**. Αθήνα, Ελληνικά γράμματα.

*Ξένη βιβλιογραφία*

**American Psychiatric Association,** (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision.** Arlington,VA.

**Barkley, R.A., Anastopoulos, A.D., Guevremont, D.C., & Fletcher, K.E.** (1991) **‘Adolescents with ADHD: Patterns of behavioral adjustment, academic functioning, and treatment utilization’** Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry’ 30, 752-761.

**Barkley, R.A.** (2002) **‘Major life activity and health outcomes associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder’** Journal of Clinical Psychiatry, 63, 10-15

**Brandau, H. & Pretis, M.** (2004) **‘Early identification and systemic educational intervention for young children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD)’** European Journal of Special Needs Education, 19 (1), 17-31.

**Cai, X., Kaiser, A. P. & Hancock, T. B.** (2004) **‘Parent and Teacher Agreement on Child Behavior Checklist Items in a Sample of Preschoolers From Low-Income and Predominantly African American Families’** Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 33:2, 303-312.

**Charach, A.** (2010) **‘Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Epidemiology, Comorbidity and Assessment’** Encyclopedia on Early Childhood Development, 1-11

- Coutinho, G., Mattos, P., Schmitz, M., Fortes, D., Borges, M. (2009) 'Agreement rates between parents' and teachers' reports on ADHD symptomatology: findings from a Brazilian clinical sample' Rev Psiq Clvn., 36(3), 101-104.**
- Davis, D.W. & Williams P.G. (2010) 'Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in preschool-age children: Issues and concerns' Clinical Pediatrics, 50:2, 144-152**
- Dopfner, M., Rothenberger, A. & Sonuga-Barke, E. (2004) 'Areas for future investment in the field of ADHD: Preschoolers and clinical networks' European Child & Adolescent Psychiatry, 13:1, 130-135**
- Ek, U., Fernell, E., Westerlund, J., Holmberg, K., Olsson, P.O., Gillberg, C. (2007) 'Cognitive strengths and deficits in schoolchildren with ADHD' Acta Pædiatrica 96, 756-761.**
- Fergusson, D.M & Horwood L.J. (1992) 'Attention deficit and reading achievement' Journal of Child Psychology and Psychiatry' 33:2, 375-385.**
- Gagnon, C., Vitaro, F. & Tremblay, R.E. (1992) 'Parent-Teacher Agreement on Kindergarteners' Behavior Problems: a Research Note' Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33:7, 1255-1261.**
- Hanna, N. (2009) 'Attention Deficit Disorder (ADD), Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Is it a product of modern lifestyles?' American Joournal of Clinical Medicine, 6:4, 22-27.**
- Hakkaart-Van Roijen, L., Zwirs, B.W.C., Bouwmans, C., Tan, S.S., Schulpen, T.W.J., Vlasvelt, L., Buitelaar, J.K. (2007) 'Societal costs and quality of life of children suffering from attention deficient hyperactivity disorder (ADHD)' European Child & Adolescent Psychiatry, 16, 316-326.**
- Heckman, J.J. (2006) 'Skill formation and the economics of investing in disadvantaged children' Science, 312, 1900-1902.**



- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Henttonen, I., Moilanen, I., Piha, J., Puura, K., Tamminen, T. & Almqvist, F. (1999) 'Children's behavioural/emotional problems : a comparison of parent's and teacher's reports for elementary school-aged children' European Child & Adolescent Psychiatry, 4, 41-47.**
- Larmar & Gatfield, (2007) 'The early impact program: An early intervention and prevention program for children and families at-risk of Conduct Problems' Journal of Early and Intensive Behavior Intervention, 4:4, 703-713.**
- Loe, I. M., Feldman, H. F. (2007) 'Academic and educational outcomes of children with ADHD' Journal of Pediatric Psychology, 32:6, 643-654.**
- Matza, L.S., Paramore, C & Prasad, M. (2005) 'A review of the economic burden of ADHD' Cost Effectiveness and Resource Allocation, 3:5, 1-9.**
- Malhi, P., Singhi, P & Sidhu, M. (2008) 'Impact of Parent and Teacher Concordance on Diagnosing Attention Deficit Hyperactivity Disorder and its Sub-types' Indian Journal of Pediatrics, 75, 223-228.**
- Mark L. Wolraich, M.L. (2006) 'Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Can It be Recognized and Treated in Children Younger Than 5 Years?' Infants & Young Children, 19:2, 86-93.**
- Moffitt, T. E, Arseneaultb, L., Belskya, D., Dicksonc, N., Hancoxc, R. J., Harringtona, H., Houtsa, R., Poultonc, R., Robertsd, B. W., Rossa, S., Searse, M. R., Thomsong, W. M. & Caspia, A. (2011) 'A gradient of childhood selfcontrol predicts health, wealth, and public safety' Proc Natl Acad Sci USA 108, 2693-2698.**
- Pavlidis, G. Th. & Giannouli V. (2013) 'Linking ADHD - Dyslexia and Specific Learning Difficulties' The SAGE Handbook of Emotional and Behavioral Difficulties, 1-30.**
- Pavlidis, G. Th. & Samaras, P. (2005) 'Ophthalmokinesis (Pavlidis test) objectively prognoses-diagnoses preschoolers at high-risk for ADHD' Paper presented at the 27th Colloquium of the International School Psychology Association, Athens, July 13.**

- Phillips, P. L., Greenson, J. N., Collett, B. R. & Gimpel, G. A. (2002) 'Assessing ADHD Symptoms in Preschool Children: Use of the ADHD Symptoms Rating Scale' Early Education & Development, 13, 283-299.**
- Re, A.M. & Cornoldi, C. (2009) ' Two New Rating Scales for Assessment of ADHD Symptoms in Italian Preschool Children : A Comparison Between Parent and Teacher Ratings' Journal of Attention Disorders, 12, 532-539.**
- Rinn A. N. & Reynolds M. J. (2012) ' Overexcitabilities and ADHD in the Gifted: An Examination' Roeper Review, 34:1, 38-45.**
- Rolnick, A., Grunewald, R. (2003) 'Early childhood development: Economic development with a high public return' The Region, 6-12.**
- Satake, H., Yoshida, K., Yamashita, H., Kinukawa, N. & Takagishi, T. (2003) 'Agreement Between Parents and Teachers on Behavioral/Emotional Problems in Japanese School Children Using the Child Behavior Checklist' Child Psychiatry and Human Development, 34(2),111-124.**
- Sax, L. & Kautz, K.J. (2003) 'Who First Suggests the Diagnosis of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder?'Annals of Family Medicine. 1:3, 171-174.**
- Soma, Y., Nakamura, K., Oyama, M., Tsuchiya, Y. & Yamamoto, M. (2009) 'Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms in preschool children: discrepancy between parent and teacher evaluations' Environ Health Prev Med, 14, 150-154.**
- Touliatos, J. & Lindholm, B.W. (1981) 'Congruence of parent's and teacher's ratings of Children's behavior problems' Journal of Abnormal Child Psychology, 9:3, 347-354.**
- Verhulst, F.C. & Akkerhuis, G.W (1989) 'Agreement Between Parents' and Teachers' Ratings of Behavioral/Emotional Problems of Children Aged 4-12' Journal of Child Psychology and Psychiatry, 30: 1, 123-136.**

**West, J., Taylor, M., Houghton, S. & Hudyma S. (2005) 'A Comparison of Teachers' and Parents' Knowledge and Beliefs About Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD)' School Psychology International, 26,192-206.**

*ἵντερνετ*

**<http://maartenn.home.xs4all.nl/www.tri-energetics.net/publications/Giftedness%20and%20ADHD%20final.pdf>**

**<http://www.pnas.org/content/early/2011/01/20/1010076108.abstract?sid=837502e5-9ca2-4926-92c8-565c8ea2e195>**