



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ, ΑΝΘΡΩΠΙΣΤΙΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ & ΤΕΧΝΩΝ

Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Επιστήμες της Αγωγής: Εκπαίδευση Ενηλίκων, Ειδική Αγωγή»

Κατεύθυνση: Ειδική Αγωγή

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Στοιχεία Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα στους ενήλικες
και ενασχόληση με το Διαδίκτυο»

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Αρετή-Ειρήνη Φίλιου

A.M.: IIs19052

Θεσσαλονίκη, 2020

Τμήμα Εκπαιδευτικής και Κοινωνικής Πολιτικής

Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών

«Επιστήμες της Αγωγής: Εκπαίδευση Ενηλίκων, Ειδική Αγωγή»

Κατεύθυνση: Ειδική Αγωγή

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Στοιχεία Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα στους ενήλικες και ενασχόληση με το Διαδίκτυο»

«Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in adults and Internet use»

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Αρετή-Ειρήνη Φίλιου

A.M.: IIs19052

Εξεταστική επιτροπή:

Σίμος Γρηγόριος, Καθηγητής, Επόπτης

Πλατσίδου Μαρία, Καθηγήτρια

Γιαννούλη Βασιλική, Επίκουρη Καθηγήτρια

Θεσσαλονίκη, 2020

Η συγγραφέας βεβαιώνει ότι το περιεχόμενο του παρόντος έργου είναι αποτέλεσμα προσωπικής εργασίας και ότι έχει γίνει η κατάλληλη αναφορά στην εργασία τρίτων, όπου κάτι τέτοιο ήταν απαραίτητο, σύμφωνα με τους κανόνες της ακαδημαϊκής δεοντολογίας



Αρετή-Ειρήνη Φίλιου

Πίνακας Περιεχομένων

Ευχαριστίες.....	σελ. 6
Πρόλογος.....	σελ. 7-8
Περίληψη.....	σελ. 9-10
Abstract.....	σελ. 11-12
Εισαγωγή.....	σελ. 13
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΔΕΠΥ.....	σελ. 14-31
1.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου ΔΕΠΥ.....	σελ. 14-15
1.2. Κλινικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ.....	σελ. 15-18
1.2. Αιτιολογικοί Παράγοντες.....	σελ. 18-22
1.3. Διαγνωστικά κριτήρια.....	σελ. 23-30
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΠΧΔ.....	σελ. 31-51
2.1. Γενικές πληροφορίες για το Διαδίκτυο.....	σελ. 31-33
2.2. Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα του Διαδικτύου.....	σελ. 33-37
2.3. ΠΧΔ.....	σελ. 38-43
2.3.1. Γενικές πληροφορίες.....	σελ. 38-40
2.3.2. Ιστορική Αναδρομή.....	σελ.40-43
2.4. Κλινικά συμπτώματα της ΠΧΔ.....	σελ. 43-46

2.6. Αιτιολογικοί παράγοντες.....	σελ. 46-49
2.7. Διαγνωστικά κριτήρια	σελ. 49-51
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΔΕΠΥ και ΠΧΔ.....	σελ. 52-58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. Καταθλιπτική Διαταραχή.....	σελ. 59- 64
4.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου Κατάθλιψη.....	σελ. 59-60
4.2. Διαγνωστικά κριτήρια.....	σελ. 60-62
4.3. Επίδραση της Κατάθλιψης στη σχέση της ΔΕΠΥ με την ΠΧΔ.....	σελ. 62-64
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5. Σκοπός της έρευνας.....	σελ. 65
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. Μεθοδολογία της έρευνας.....	σελ. 66-70
6.1. Το Δείγμα.....	σελ. 66
6.2. Ερευνητικά Εργαλεία.....	σελ. 66-69
6.3. Διαδικασία.....	σελ. 69-70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7. Αποτελέσματα.....	σελ. 71-78
7.1. Ανάλυση της αξιοπιστίας του εργαλείου της έρευνας.....	σελ. 71
7.2. Μέσες Τιμές (Μ.Τ.) και Τυπικές Αποκλίσεις (Τ.Α.)του δείγματος.....	σελ. 72
7.3. Μελέτη της διαφοράς στα φύλα και στις μεταβλητές της έρευνας και της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας και του παράγοντα της Ηλικίας.....	σελ. 73

7.4. Μελέτη της σχέσης της ΠΧΔ με τη ΔΕΠΥ και τις διαστάσεις της ΔΕΠΥ	σελ. 74-75
7.5. Μελέτη της σχέσης της Κατάθλιψης με τη ΠΧΔ, ΔΕΠΥ-18 και τις διαστάσεις της ΔΕΠΥ.....	σελ. 75-76
7.6. Μελέτη της σχέσης της Κατάθλιψης με τις διαγνωστικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της ΔΕΠΥ.....	σελ. 76
7.7. Μελέτη της σχέσης της ΠΧΔ με τη ΔΕΠΥ, ελέγχοντας για τη συμβολή της Κατάθλιψης.....	σελ. 77
7.8. Βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση.....	σελ. 78
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 8. Συμπεράσματα-Συζήτηση.....	σελ. 79-94
Σύνοψη συμπερασμάτων.....	σελ. 95-96
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 9. Περιορισμοί και Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	σελ. 97-98
Βιβλιογραφικές Αναφορές.....	σελ. 99-109
Παράρτημα.....	σελ. 111-114

Ευχαριστίες

Θα ήθελα μέσα από την καρδιά μου να ευχαριστήσω τον επόπτη και καθηγητή μου, τον κ. Σίμο Γρηγόριο για την πολύτιμη βοήθεια του στην δημιουργία και την υλοποίηση της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας, αλλά και για την ψυχολογική του υποστήριξη για τη διεκπεραίωση της.

Επιπλέον, ευχαριστώ τις συνεπιβλέπουσες κ. Πλατσίδου Μαρία και την κ. Γιαννούλη Βασιλική, που με τις γνώσεις τους με βοήθησαν να βγάλω εις πέρας αυτή την εργασία.

Ευχαριστώ επίσης τους γονείς μου Γιάννη και Χριστίνα, την αδερφή μου Δήμητρα, τη θεία μου Γεωργία και τους φίλους μου, οι οποίοι με στήριζαν πρακτικά και ψυχολογικά, δείχνοντας μου κατανόηση και υποστήριξη, όλο αυτό το διάστημα που ασχολήθηκα με την εν λόγω διπλωματική εργασία.

Με εκτίμηση

Αρετή-Ειρήνη Φίλιου

Πρόλογος

Έχοντας την διττή ιδιότητα της ψυχολόγου και της ειδικού παιδαγωγού, επέλεξα το συγκεκριμένο θέμα για τη διπλωματική μου εργασία, καθώς μέσα από αυτό θα ήθελα να διευρύνω τις γνώσεις μου πάνω στο αντικείμενο της ειδικής αγωγής, αλλά και να το συνδυάσω με το αντικείμενο των προπτυχιακών μου σπουδών, την ψυχολογία. Το παρόν θέμα έχει για εμένα μείζον ενδιαφέρον, αφού εστιάζει στη μελέτη της Διαταραχής Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) συνδυάζοντάς τη, με την Παθολογική Χρήση του Διαδικτύου (ΠΧΔ) αλλά και την πιθανή επίδραση της κατάθλιψης στην παραπάνω σχέση.

Η διερεύνηση αυτής της σχέσης είναι πολύ σημαντική. Αρχικά, οι μεταβλητές αυτές αποτελούν σύγχρονους προβληματισμούς της κοινωνίας και η μελέτη της σχέσης τους είναι πιο επίκαιρη από ποτέ. Η ΔΕΠΥ εμφανίζεται όλο και περισσότερο σε ενήλικες και ο αντίκτυπος της, τόσο σε προσωπικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο είναι αρκετά έντονος. Το Διαδίκτυο πλέον έχει εισχωρήσει στη ζωή της πλειοψηφίας των ατόμων και οι κίνδυνοι που ελλοχεύει ποικίλουν, για πολλά από αυτά, όπως και για τα άτομα με ΔΕΠΥ. Η σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές εγείρει την περιέργεια και δίνει το έναυσμα για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

Επιπλέον, η επίγνωση των παραπάνω σημαντικών σχέσεων μπορεί να έχει ιδιαίτερη σημασία στην πρόληψη, αλλά και τη χρήση έγκαιρων μεθόδων για την αντιμετώπιση τους.

Μέσα από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι υπάρχουν αρκετά ξενόγλωσσα άρθρα, που μελετούν αυτή τη σχέση, αλλά όχι τόσα στην ελληνική πραγματικότητα. Δημιουργείται έτσι η ανάγκη για πραγματοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας στο ελληνικό πεδίο.

Γνωρίζοντας, λοιπόν, ότι η ΔΕΠΥ είναι μια δια βίου νευροβιολογική διαταραχή, η οποία δεν εγκαταλείπει τα άτομα που την έχουν κατά την ενήλικη ζωή, θα ήθελα να διαπιστώσω αν η ίδια μπορεί να επηρεάσει τον τρόπο με τον οποίο χειρίζεται ένας ενήλικας το Διαδίκτυο.

Η παρούσα διπλωματική εργασία μπορεί να αποτελέσει πηγή γνώσης και βοήθειας για τους ενδιαφερόμενους ενήλικες με ΔΕΠΥ, τις οικογένειες τους και τον χώρο της ψυχικής υγείας που ενδιαφέρεται να ασχοληθεί σε κλινικό-θεραπευτικό ή σε ερευνητικό επίπεδο με τον συγκεκριμένο πληθυσμό.

Περίληψη

Εισαγωγή-Σκοπός: Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) αποτελεί μία δια βίου νευροαναπτυξιακή διαταραχή, την οποία συναντάμε συχνά στην παιδική ηλικία, αλλά και στοιχεία της στην ενήλικη ζωή. Μελέτες έχουν δείξει την ύπαρξη μιας σημαντικής, αλλά δυσεξήγητης σχέσης ανάμεσα στη ΔΕΠΥ και σε ένα σύγχρονο παγκόσμιο φαινόμενο, την Παθολογική Χρήση του Διαδικτύου (ΠΧΔ). Η παρούσα έρευνα διερευνά τη σχέση αυτή στον ενήλικο πληθυσμό και την πιθανή επίδραση της Κατάθλιψης.

Υλικό και Μέθοδοι: Τα δεδομένα συγκεντρώθηκαν από 377 φοιτητές, ηλικίας 18-32 ετών, μέσω διαδικτυακής έρευνας. Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν τα μεταφρασμένα στα ελληνικά ερωτηματολόγια Instrumente zur Diagnose der Adulten (IDAA), το Pathological Internet Use (PIU) και την υποκλίμακα της Κατάθλιψης του ερωτηματολογίου Anxiety Stress Scales (DASS-21). Το IDAA περιλαμβάνει υποκλίμακες για τις Απροσεξία, Υπερκινητικότητα και Παρορμητικότητα, καθώς και 4 ερωτήσεις που αξιολογούν τη χρονιότητα, τη δυσφορία και την έκπτωση στη λειτουργικότητα.

Αποτελέσματα: Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις παραμέτρους της μελέτης και ούτε οι εν λόγω παράμετροι συσχετίστηκαν με τη ηλικία. Βρέθηκε σημαντικά θετική συσχέτιση ανάμεσα στο IDAA- και τις υποκλίμακες του- και την ΠΧΔ. Ταυτόχρονα η ΠΧΔ συσχετίστηκε επίσης σημαντικά με τις επιπρόσθετες παραμέτρους της IDAA. Επιπλέον, σημειώθηκε σημαντικά θετική συσχέτιση της Κατάθλιψης με την ΠΧΔ, την ΔΕΠΥ και τα επιμέρους χαρακτηριστικά της. Από τη διαδικασία της παλινδρόμησης, βρέθηκε πως την ΠΧΔ μπορούσε να προβλέψει κυρίως η Απροσεξία και δευτερευόντως η Κατάθλιψη.

Συμπεράσματα: Τα παρόντα ευρήματα υποστηρίζουν ότι φοιτητές με συμπτώματα ΔΕΠΥ (και κυρίως αυτά της απροσεξίας) είναι επιρρεπείς στην ΠΧΔ, κάτι που έχει σημαντικές επιπτώσεις

στη λειτουργικότητά τους και τη συνοδό δυσφορία. Η συνυπάρχουσα Κατάθλιψη φαίνεται ότι διαμεσολαβεί εν μέρει τη σχέση αυτή. Η επίγνωση των παραπάνω σημαντικών σχέσεων μπορεί να έχει ιδιαίτερη σημασία στην πρόληψη, αλλά και τη χρήση έγκαιρων μεθόδων για την αντιμετώπιση τους.

Λέξεις κλειδιά: Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ), Παθολογική Χρήση του Διαδικτύου (ΠΧΔ), Κατάθλιψη, φοιτητές.

Abstract

Introduction-Purpose: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a lifelong neurodevelopmental disorder that we often encounter in childhood, but also in adulthood. Studies have shown the existence of a significant, but inexplicable, relationship between ADHD and a modern global phenomenon, the Pathological Use of the Internet. The present study investigates this relationship in the adult population and the possible contribution of Depression.

Material and Methods: Data were collected from 377 students, aged 18-32 years, through an online survey. Participants completed the Greek Translation of the Questionnaires, Instrumente zur Diagnose der Adulten (IDAA), Pathological Internet Use (PIU) and the Depression sub-scale of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21). The IDAA includes Subcategories for Carelessness, Hyperactivity and Impulsivity, as well as 4 questions assessing chronicity, discomfort and functional impairment.

Results: No statistically significant differences between the sexes were found in the study variables, nor were these variables correlated with age. Significantly positive association was found between IDAA- and its sub-scales- and PIU. At the same time, the PIU also significantly correlated with the additional IDAA parameters. In addition, there was a significant positive correlation between Depression PIU, ADHD and its individual characteristics. From the regression process, it was found that PIU could predominantly be Carelessness and, secondarily by depression.

Conclusions: The present findings suggest that students with ADHD symptoms (and in particular those with inattention) are prone to PIU, which might have a significant impact on their functionality and concomitant discomfort. Co-existing Depression seems to partially mediate this relationship. Awareness of the above important relationships can be of great importance in preventing, as well as using timely methods to deal with.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), Pathological Internet Use (PIU), Depression, students.

Εισαγωγή

Στη σύγχρονη κοινωνία μία πλέον διαδεδομένη και συχνά εμφανιζόμενη διαταραχή αποτελεί η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) (Barkley, Murphy & Fischer, 2010. Κάκουρος, 2001). Η ΔΕΠΥ αποτελεί μία δια βίου νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία φαίνεται να έχει μια δυσεξήγητη σχέση με ένα σύγχρονο παγκόσμιο φαινόμενο την Παθολογική Χρήση του Διαδικτύου (ΠΧΔ) (Παπαγεωργίου, 2005. Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου & Παπαδημητρίου, 2012. Riecher-Rossler & Steiner, 2010). Στην παρούσα εργασία θα γίνει προσπάθεια εξήγησης αυτής της σχέσης, μέσα από τα κεφάλαια που ακολουθούν και από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε. Αρχικά στο πρώτο κεφάλαιο παρουσιάζεται αναλυτικά η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα. Στο επόμενο κεφάλαιο γίνεται λόγος για την Παθολογική Χρήση του Διαδικτύου από νεαρούς ενήλικες. Ακολούθως, στο τρίτο κεφάλαιο, αναλύεται η σχέση της ΔΕΠΥ και της ΠΧΔ, μέσα από διεθνείς έρευνες. Στο τέταρτο κεφάλαιο δίνεται η έννοια της Κατάθλιψης, αλλά και η σχέση που εμφανίζει με την ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ. Στη συνέχεια, παρουσιάζεται η συγκεκριμένη μεθοδολογία που ακολουθήθηκε στην εν λόγω έρευνα. Δίνονται τα αποτελέσματα της έρευνας και γίνεται συζήτηση πάνω σε αυτά. Τέλος, παρατίθενται η βιβλιογραφία βάση της οποίας πραγματοποιήθηκε η έρευνα και το παράρτημα του ερωτηματολογίου που χορηγήθηκε στους συμμετέχοντες.

Κεφάλαιο 1. ΔΕΠΥ

1.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου ΔΕΠΥ

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ, Attentional Deficit Disorder- ADHD) ή σύνδρομο ΔΕΠΥ- ADHD είναι μία δια βίου νευροαναπτυξιακή διαταραχή η οποία χαρακτηρίζεται από έλλειψη αυτοελέγχου, προβλήματα στη συμπεριφορά και την οργάνωση και ανικανότητα διατήρησης της προσοχής και της συγκέντρωσης. Τη συναντάμε συχνά στην παιδική ηλικία, αλλά εμφανίζονται και στοιχεία της στην ενήλικη ζωή. Η διαταραχή αυτή εμφανίζει διαφοροποιημένα κλινικά συμπτώματα σε κάθε αναπτυξιακό στάδιο και χαρακτηρίζεται από σοβαρές γνωστικές και συμπεριφορικές δυσκολίες (Barkley, Murphy & Fischer, 2010. Riecher-Rossler & Steiner, 2010. Safren, Otto, Sprich, Winett, Wilens, & Biederman, 2005. Vogel, Have, Bijlenga, Graaf, Beekman & Kooij, 2018. Stickley, Koyanagi, Takahashi, Ruchkin & Kamio, 2017).

Τα άτομα με ΔΕΠΥ συχνά απορρίπτονται, αγνοούνται, και προκαλούν μεγάλη πίεση σ' αυτούς με τους οποίους αλληλεπιδρούν. Αυτό μπορεί να συμβαίνει εξαιτίας της υπερβολικής κινητικής δραστηριότητας και προβλημάτων στον έλεγχο της προσοχής και των παρορμήσεων (Κάκουρος, 2001. McGough, Smalley, McCracken et al. 2005. Montagni, Guichard & Kurth, 2016. Παπαγεωργίου, 2005. Stickley, et al., 2017. Weiss, Hechtman & Weiss, 1999. Young & Newland, 2002).

Τα χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ αναφέρθηκαν για πρώτη φορά από τον Δρ. Heinrich Hoffman το 1845. Το 1902 ο Sir George F. Still περιέγραψε μία ομάδα παρορμητικών ατόμων με συμπεριφορικά προβλήματα και τα χαρακτήρισε ως "άτομα με αδύναμη βούληση και με μικρή ικανότητα για ηθικό έλεγχο της συμπεριφοράς τους". Το 1947 έκανε την εμφάνισή της η θεωρία της «εγκεφαλικής βλάβης» και αργότερα ο όρος «εγκεφαλική βλάβη έδωσε τη θέση του στον όρο «ελάχιστη εγκεφαλική δυσλειτουργία» (Κάκουρος, 2001. McGough, Smalley, McCracken et al. 2005. Montagni, Guichard & Kurth, 2016. Παπαγεωργίου, 2005). Σήμερα σύμφωνα με το

Διαγνωστικό Εγχειρίδιο DSM-5, (APA, 2013), ως ΔΕΠΥ ορίζεται η επίμονη διαταραχή της προσοχής ή/και υπερκινητικότητα-παρορμητικότητα που επηρεάζει τη λειτουργία ή την ανάπτυξη (Biederman, 2011. Πεχλιβανίδης, Σπυροπούλου, Γαλανόπουλος, Παπαχρήστου & Παπαδημητρίου, 2012. Young & Newland, 2002).

1.2. Κλινικά συμπτώματα της ΔΕΠΥ

Η ΔΕΠΥ, αφορά μια διαταραχή, η οποία αποτελείται από μια πληθώρα συμπτωμάτων που χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. Οι τρεις αυτές κατηγορίες είναι η Απροσεξία, η Παρορμητικότητα και η Υπερκινητικότητα (Biederman, 2011. Καλατζή-Αζίζι, & Μπεζεβέγκης, 2000. Mohamed, Borger, Geuze, & van der Meere, 2015. Montagni, Guichard & Kurth, 2016. Young & Newland, 2002. Young, Gudjonsson, Ball, & Lam, 2010).

Όσον αφορά την Απροσεξία, το άτομο με ΔΕΠΥ συχνά αποτυγχάνει να επικεντρώσει την προσοχή σε λεπτομέρειες ή κάνει λάθη απροσεξίας στις ακαδημαϊκές του εργασίες, στο χώρο εργασίας ή σε άλλες δραστηριότητες. Επιπλέον, πολλές φορές παρουσιάζει δυσκολία σχετικά με τη διατήρηση της προσοχής του στα καθήκοντά του ή στην ψυχαγωγία του. Συνήθως, φαίνεται να μην ακούει όταν του μιλούν (π.χ. φαίνεται ότι το μυαλό του είναι αλλού ακόμα και αν δεν υπάρχει κάποιο προφανές διασπαστικό ερέθισμα) (Biederman, Faraone, Spencer, Eric, Monuteaux, & Aleari, 2006. Mohamed, Borger, Geuze, & van der Meere, 2015. Montagni, Guichard & Kurth, 2016. Πεχλιβανίδης, 2012. Sripada, Kessler & Angstadt, 2014. Kessler, Gruber et al., 2007. Young & Newland, 2002). Ακόμα, ξεχνά καθημερινές δραστηριότητες όπως να πάρει κάποιο τηλέφωνο ή να παρευρεθεί σε κάποιο προγραμματισμένο ραντεβού. Δυσκολεύεται να οργανώσει εργασίες και δραστηριότητες, όπως να εκτελέσει επιτυχώς διαδοχικά καθήκοντα, να διατηρήσει τα υλικά σε τάξη, είναι ακατάστατο, ανοργάνωτο, δεν μπορεί να διαχειριστεί επαρκώς το χρόνο του, αποτυγχάνει να προλάβει προθεσμίες, χωρίς να οφείλεται σε αδυναμία κατανόησης των οδηγιών. Επιπλέον, δεν μπορεί να ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και διάφορες άλλες υποδείξεις. Η

προσοχή του διασπάται εύκολα από εξωτερικά ερεθίσματα και αποφεύγει ή είναι απρόθυμος να συμμετάσχει σε εργασίες που απαιτούν σταθερή, διαρκή και πνευματική προσπάθεια. Συχνά, χάνει αντικείμενα απαραίτητα για εργασίες ή δραστηριότητες (π.χ. δημιώσεις, στυλό, βιβλία, εργασίες που έχουν δοθεί για το σπίτι) (Bothen, Nordstrom, 2011. Grzadzinski et al., 2011. Lichtenstein, et al., 2010. Mulligan, et al., 2009. Nijmeijer, et al., 2010. Rommelse, et al., 2010. Schuch, Roest, Nolen, Penninx & Jonge, 2014. Williams et al., 2012).

Σχετικά με την Παρορμητικότητα ένα άτομο με ΔΕΠΥ, απαντά κατευθείαν και απερίσκεπτα πριν ακόμα ολοκληρωθεί μια ερώτηση. Επιπλέον, διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του τους άλλους και δεν αφήνει κάποιον να ολοκληρώσει την ομιλία του (π.χ. ανακατεύεται σε συζητήσεις, μπορεί να χρησιμοποιεί ξένα πράγματα χωρίς να ζητά ή να παίρνει την έγκριση τους, μπορεί να παρεμβαίνει και να αναλαμβάνει ότι κάνουν οι άλλοι). Δυσκολεύεται να περιμένει τη σειρά του και λειτουργεί με έναν παρορμητικό τρόπο στην καθημερινότητά του (Normand, et al., 2007. Torgersen, et al., 2008. Zylowska et al., 2008).

Όσον αφορά την κατηγορία της Υπερκινητικότητας, το άτομο παρουσιάζει τα εξής συμπτώματα: Κουνάει τα χέρια ή τα πόδια ή στριφογυρίζει στη θέση του. Αφήνει πολλές φορές τη θέση του σε πολλές περιστάσεις, στις οποίες αναμένεται να είναι καθισμένος. Διαθέτει υποκειμενικά αισθήματα κινητικής ανησυχίας και είναι διαρκώς σε κίνηση. Ενεργεί σαν να «κινείται με μηχανή» και μιλάει σε υπερβολικό βαθμό (Caci, Morin & Tran, 2014. Lichtenstein, et al., 2010. Mulligan, et al., 2009. Nijmeijer, et al., 2010. Normand, et al., 2007. Stickley, et al., 2017. Torgersen, et al., 2008. Zylowska et al., 2008).

Σύμφωνα με έρευνα των Biederman, Faraone, Spencer, Eric, Monuteaux, & Aleardi (2006), η οποία συνέκρινε ενήλικες με ΔΕΠΥ με υγιείς ενήλικες (ηλικίας 18-40 ετών), προέκυψε ότι οι ενήλικες με ΔΕΠΥ συχνά χαρακτηρίζονται από χαμηλότερα ακαδημαϊκά, επαγγελματικά επιτεύγματα, περισσότερες αλλαγές εργασιών και απολύσεις (5,4 έναντι 3,4 δουλειές, $p \leq .001$)

και περισσότερους γάμους και διαζύγια (28% έναντι 15% της ομάδας ελέγχου, $p \leq .001$). Τα άτομα αυτά διαθέτουν μεγαλύτερη συναισθηματική δυσπροσαρμοστικότητα, μικρότερη πιθανότητα να έχουν αποφοιτήσει από το λύκειο (83% έναντι 93% της ομάδας ελέγχου, $p \leq .001$) και μικρότερη πιθανότητα να αποκτήσουν πτυχίο πανεπιστημίου (19% έναντι 26% της ομάδας ελέγχου, $p < .01$). Ακόμα, έχουν μικρότερη πιθανότητα να εργάζονται κάπου το παρόν χρονικό διάστημα (52% έναντι 72% της ομάδας ελέγχου, $p \leq .001$), μεγαλύτερη πιθανότητα να έχουν συλληφθεί (37% έναντι 18% της ομάδας ελέγχου $p \leq .001$) και μικρότερη ικανοποίηση από την οικογενειακή, κοινωνική και επαγγελματική τους ζωή ($p \leq .001$). Τέλος, σύμφωνα με τους Stripada, Kesslel & Angstadt, (2014), ενήλικες με ΔΕΠΥ διαθέτουν χαμηλότερες ικανότητες οδήγησης και περισσότερα έξοδα για την υγεία τους. Έχουν μεγαλύτερες πιθανότητες για εγκυμοσύνες σε μικρή ηλικία και σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα.

Σύμφωνα με τους Riecher-Rossler & Steiner, (2010) οι τύποι ΔΕΠΥ διαφέρουν ανάλογα με το συνδυασμό κατηγοριών συμπτωμάτων που περιλαμβάνουν. Συγκεκριμένα, υπάρχει ο Συνδυασμένος τύπος όταν πληρούνται τόσο τα κριτήρια της Απροσεξίας όσο και της Παρορμητικότητας και/ή Υπερκινητικότητας, ο τύπος Απροσεξίας όταν πληρούνται μόνο τα κριτήρια της Απροσεξίας και όχι της Παρορμητικότητας- Υπερκινητικότητας για τους τελευταίους 6 μήνες και ο τύπος της Παρορμητικότητας- Υπερκινητικότητας, όταν πληρούνται μόνο τα εν λόγω κριτήρια και δεν πληρούνται τα κριτήρια της Απροσεξίας, τους τελευταίους μήνες.

Η σοβαρότητα των τρεχόντων συμπτωμάτων που μπορεί να εμφανίσει ένα άτομο με ΔΕΠΥ χαρακτηρίζεται ως:

Ήπια: όταν εμφανίζονται λίγα συμπτώματα από αυτά που απαιτούνται για να διαγνωσθεί ένα άτομο με ΔΕΠΥ. Τα συμπτώματα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα μόνον ελάχιστη έκπτωση της κοινωνικής ή επαγγελματικής λειτουργικότητας του ατόμου (Κάκουρος, 2001. Lichtenstein, et al.,

2010. McGough, Smalley, McCracken et al. 2005. Rommelse, et al., 2010. Stickley, et al., 2017. Young, Gudjonsson, Ball, & Lam, 2010).

Μέτρια: όταν τα συμπτώματα, τα οποία εμφανίζει το άτομο, ή η έκπτωση της λειτουργικότητας του οριοθετείται ανάμεσα στο «ήπιο» και το «σοβαρό» (Κάκουρος, 2001. Lichtenstein, et al., 2010. McGough, Smalley, McCracken et al. 2005. Rommelse, et al., 2010. Young, Gudjonsson, Ball, & Lam, 2010).

Σοβαρή: όταν παρουσιάζονται αρκετά περισσότερα συμπτώματα από αυτά που απαιτούνται για τη διάγνωση ή αρκετά συμπτώματα είναι πολύ σοβαρά ή τα συμπτώματα βλάπτουν σοβαρά την επαγγελματική και κοινωνική λειτουργικότητα του ατόμου (Κάκουρος, 2001. Lichtenstein, et al., 2010. McGough, Smalley, McCracken et al. 2005. Rommelse, et al., 2010. Young, Gudjonsson, Ball, & Lam, 2010).

Η διαταραχή μπορεί να είναι σε μερική ύφεση, όταν κάποια στιγμή το άτομο στο παρελθόν πληρούσε τα πλήρη κριτήρια της διαταραχής και το τελευταίο εξάμηνο παρουσιάζει λιγότερα συμπτώματα, τα οποία όμως παρακωλύουν την κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργικότητα του (Biederman, et al., 2006. Stickley, et al., 2017).

Τα συμπτώματα που εμφανίζουν τα άτομα με ΔΕΠΥ φαίνεται ότι είναι ποικίλα και αφορούν διάφορες πτυχές της ζωής τους. Η πηγή των συμπτωμάτων, οι αιτιολογικοί παράγοντες, φαίνεται να προβληματίζουν, αλλά και να διχάζουν την επιστημονική κοινότητα.

1.3. Αιτιολογικοί Παράγοντες

Σύμφωνα με βιβλιογραφικές πηγές τα αίτια της ΔΕΠΥ είναι ποικίλα (Zylowska et al., 2008). Πολλοί ερευνητές έχουν ταχθεί υπέρ δύο μεγάλων και επικρατέστερων αιτιολογικών παραγόντων. Αρκετοί υποστηρίζουν ότι στην αιτιοπαθογένεια της ΔΕΠΥ εμπλέκονται κυρίως βιολογικοί/

γενετικοί/κληρονομικοί παράγοντες και άλλοι προτείνουν τα περιβαλλοντικά αίτια ως αφετερία της (Normand, et al., 2007. Zylowska et al., 2008). Η αιτιολογία της δείχνει να έχει διχάσει την επιστημονική κοινότητα και οι ερμηνείες για την προέλευση της διαφέρουν. Βέβαια, σύμφωνα με αρκετούς μελετητές υπάρχει συμβολή και των δύο ομάδων όσον αφορά την εμφάνιση της διαταραχής, τόσο σε παιδιά όσο σε ενήλικες (Normand, et al., 2007. Williams et al., 2012. Zylowska et al., 2008).

Γενετικοί παράγοντες

Αρχικά, πολλοί επιστήμονες υποστηρίζουν ότι το 80% των περιπτώσεων ατόμων με ΔΕΠΥ οφείλεται σε γενετικά/ βιολογικά αίτια και στην κληρονομικότητα (Lichtenstein, et al., 2010. Mulligan, et al., 2009). Νευροψυχολογικές, νευροφυσιολογικές και νευροαναπτυξιακές μελέτες αποδίδουν τα βασικά συστατικά του συνδρόμου στους ενήλικες σε εγκεφαλικές δυσλειτουργίες. Συγκεκριμένα, παράγοντες που σχετίζονται με τον εγκέφαλο αφορούν κατά βάση τη λειτουργία του και όχι κάποια συγκεκριμένη δομή. Παράγοντες που επηρεάζουν τη λειτουργία του εγκεφαλικού συστήματος ενός οργανισμού μπορεί να είναι η ανισορροπία στα νευροδιαβιβαστικά συστήματα (ντοπαμίνη και νορεπινεφρίνη), ή μια δυσλειτουργία στο σύστημα ενεργοποίησης του δικτυωτού σχηματισμού (reticular activating system) (Mulligan, et al., 2009. Normand, et al., 2007).

Άλλες έρευνες θεωρούν ότι στα άτομα με ΔΕΠΥ υπάρχει μια ανωριμότητα των μετωπιαίου λοβού του εγκεφάλου με αποτέλεσμα να δημιουργούνται προβλήματα απροσεξίας και παρορμητικότητας (Biederman, et al., 2006. Torgersen, et al., 2008). Πιο συγκεκριμένα αναφέρεται ότι υπάρχει πρόβλημα στις εκτελεστικές λειτουργίες, που επιδρούν στην αυτορρύθμιση. Σύμφωνα με νευροαπεικονιστικά ευρήματα, στα άτομα με ΔΕΠΥ, εμφανίζεται μειωμένος ο όγκος του φακοειδούς πυρήνα, του μεσολοβίου, της παρεγκεφαλίδας και των δεξιών μετωπιαίων περιοχών. (Πεχλιβανίδης, 2012. Vogel, et al. 2018).

Σύμφωνα με τους Bothen & Nordstrom, (2011) η διαταραχή οφείλεται κυρίως, σε μια νευρολογική δυσλειτουργία και είναι κατα βάση κληρονομική. Τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ οφείλονται σε χαμηλά επίπεδα δραστηριότητας των νευροδιαβιβαστων στο μετωπιαίο λοβό του εγκεφάλου που ελέγχει τις παρορμήσεις και ρυθμίζει τον τροπο εστίασης της προσοχής μας. Πρόκειται όπως αναφέρουν για ακούσιες αλλαγές της προσοχής, ακούσια εκδήλωση των παρορμησεων και ακούσια κινητική δραστηριότητα (Bothen & Nordstrom, 2011).

Επιπλέον, τα άτομα που εμφανίζουν τη συγκεκριμένη διαταραχή, έχουν διαταραγμένο μεταβολισμό της γλυκόζης στις προμετωπιαίες και προκινητικές περιοχές του μετωπιαίου λοβού, καθώς και υπολειτουργία σε προμετωπιαίες και ραβδωτές περιοχές του εγκεφαλικού συστήματος (Bothen & Nordstrom, 2011).

Οι Sripada, et al., (2014), μίλησαν για καθυστερήσεις στην ωρίμανση της αναπτυσσόμενη λειτουργικής αρχιτεκτονικής του εγκεφάλου. Συγκεκριμένα, υποστηρίζουν την ύπαρξη μιας σημαντικής καθυστέρησης στην ωρίμανση του δικτύου ηρεμίας του εγκεφάλου όσο και στη διασύνδεση του με τα δύο δίκτυα προσοχής που εδρεύουν στο πρόσθιο βρεγματικό λοβό και στο κοιλιακό, εμπλέκοντας τις δεξιές έξω προμετωπιαίες περιοχές και την πρόσθια νησίδα του Reil, αντίστοιχα. Αυτή η καθυστέρηση μπορεί να προκαλέσει σφάλματα στην προσοχή, διάσπασή της και προβλήματα στην επίδοση του ατόμου κατά την εκτέλεση διαφόρων δραστηριοτήτων.

Μοριακές γενετικές μελέτες έχουν διαπιστώσει ότι υπάρχει σύνδεση ανάμεσα σε συγκεκριμένα γονίδια και τη ΔΕΠΥ, εμπλέκοντας πιο συγκεκριμένα το γονίδιο του μεταφορέα της ντοπαμίνης (DAT1), της β-υδροξυλάσης της ντοπαμίνης (DBH), του H1 υποδοχέα της σεροτονίνης (HTR1B), του μεταφορέα της σεροτονίνης (5-HTT), καθώς και της σχετιζόμενης με τα συναπτικά κυστίδια πρωτεΐνης 25 kDa (SNAP-25) (Sripada, et al., 2014).

Όσον αφορά τον παράγοντα κληρονομικότητα μελέτες που έχουν γίνει σε οικογένειες, έδειξαν ότι οι συγγενείς πρώτου βαθμού εμφανίζουν μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης της διαταραχής συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (Bieder et al., 2006. Normand, et al., 2007). Έρευνες αναφέρουν ότι παιδιά με ΔΕΠΥ έχουν 20%-30% πιθανότητα να έχουν κάποιον γονέα και/ή αδερφό με τα ίδια προβλήματα προσοχής (Normand, et al., 2007). Επιπλέον, έρευνες διδύμων οι οποίες παρακολούθουν την πορεία της διαταραχής σε διάφορα αναπτυξιακά στάδια, υποστηρίζουν πως το συνεχές των συμπτωμάτων κατά τη διάρκεια της ζωής είναι το αποτέλεσμα κοινών γενετικών επιδράσεων ανάμεσα στα δίδυμα (Barkley, Murphy & Fischer, 2010). Τέλος, εκτιμάται ότι το ποσοστό αυτό μπορεί να φτάνει το 70%-80% και το υπόλοιπο 20-30% σε περιβαλλοντικούς παράγοντες (Sripada, et al., 2014).

Περιβαλλοντικοί παράγοντες

Όσον αφορά τις περιβαλλοντικές αιτίες της ΔΕΠΥ χωρίζονται σε τρεις κατηγορίες. Τα αίτια μπορεί να είναι προγεννητικά (πριν την κύηση), περιγεννητικά (κατά τη διάρκεια της κύησης) και μεταγεννητικά (στη γέννηση). Συγκεκριμένα, έρευνες που έχουν γίνει σε μητέρες και βρέφη με ΔΕΠΥ έδειξαν πως σημαντικός παράγοντας εμφάνισης της διαταραχής αποτελεί η χρήση αλκόολ και νικοτίνης από τη μητέρα κατά τη διάρκεια της εγκυμοσύνης. Όσο περισσότερο πίνει και καπνίζει η μητέρα, τόσο μεγαλύτερος ο κίνδυνος. Επιπλέον, διάφορες επιπλοκές κατά την κύηση και τη γέννηση του βρέφους, όπως και επιπλοκές που τυχόν επηρεάζουν τον εγκέφαλό του (Safren, et all. 2005. Stickley, et al., 2017. Vogel, et all. 2018. Weiss, Hechtman & Weiss, 1999).

Σύμφωνα με τους Torgersen, et al., (2008) η έκθεση σε τοξίνες στην προγεννητική ή/και μετά τον τοκετό ζωή έχουν επίσης θεωρηθεί ότι αυξάνουν τον κίνδυνο για ΔΕΠΥ. Ειδικότερα, οργανικοί ρύποι και μόλυβδος (έκθεση σε ποσότητα > 10mcg/dl) μπορούν να βλάψουν τα νευρικά συστήματα που εμπλέκονται στη ΔΕΠΥ. Μελέτες τόσο σε ανθρώπους αλλά κυρίως σε ζώα έχουν δείξει ότι τα πολυχλωριωμένα διαιφονύλια (polychlorinated biphenyls-PCBs) είναι τοξικά (Young & Newland,

2002). Τα PCBs έχουν χρησιμοποιηθεί σε μεγάλο αριθμό εφαρμογών όπως σε διηλεκτρικά υγρά σε πυκνωτές και μετασχηματιστές, σαν πρόσθετα χρωμάτων και πλαστικών. Η έκθεση σε PCBs οδηγεί σε βλάβη στη μνήμη εργασίας, στη γνωστική ευελιξία, στο σχεδιασμό και στην προσοχή, τα οποία παρατηρούνται ως χαρακτηριστικά στη συγκεκριμένη διαταραχή. Η μείωση των εκθέσεων σε τοξικές ουσίες μπορεί να είναι μια σημαντική παράμετρος για την πρόληψη της ΔΕΠΥ (Young & Newland, 2002).

Επιπλέον το χαμηλό βάρος γέννησης (<2.500gr) και η προωρότητα αποτελεί άλλον ένα περιβαλλοντικό παράγοντα της διαταραχής. Επίσης, σύμφωνα με την έρευνα των Grizenko et al το 2008, υπάρχει σχέση μεταξύ του ψυχολογικού στρες και της αρτηριακής πίεσης της μητέρας κατά την εγκυμοσύνη και της σοβαρότητας των συμπτωμάτων της ΔΕΠΥ (Lichtenstein, et al., 2010. Mulligan, et al., 2009. Nijmeijer, et al., 2010. Safren, et al., 2005. Vogel, et al., 2018).

Τα αίτια της ΔΕΠΥ μπορεί, λοιπόν, να είναι είτε γενετικά, είτε περιβαλλοντικά, είτε συνδυασμός των δύο. Η δυσκολία των ειδικών στην αναγνώριση των αιτιολογικών παραγόντων της διαταραχής, αλλά και η προσπάθεια που οι ίδιοι καταβάλλουν είναι φανερή. Πέρα όμως από την αναγνώριση των αιτιών της διαταραχής, πολύ σημαντική για τους ειδικούς και για τα άτομα με ΔΕΠΥ είναι η διάγνωση και η κλινική εικόνα του ατόμου.

1.4. Διαγνωστικά κριτήρια ΔΕΠΥ για τους ενήλικες

Η διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) αποτελεί τη συχνότερη νευροαναπτυξιακή διαταραχή της παιδικής ηλικίας, η οποία στην πλειονότητα των περιπτώσεων επιμένει στην ενήλικη ζωή, προκαλώντας λειτουργική επιβάρυνση (Κάκουρος, 2001. McGough, Smalley, McCracken et al. 2005. Παπαγεωργίου, 2005. Stickle, et al., 2017). Η εμπειρία σχετικά με τη διάγνωση της ΔΕΠΥ στους ενήλικες είναι περιορισμένη. Η κλινική εικόνα της ΔΕΠΥ στους ενήλικες διαφοροποιείται από τα παιδιά, καθώς αυξάνονται οι ανάγκες για αυτοπροσδιοριζόμενη

δράση, ανεξαρτησία και υψηλότερη απόδοση των εκτελεστικών λειτουργιών και της προσοχής (Κάκουρος, 2001. McGough, Smalley, McCracken et al. 2005. Παπαγεωργίου, 2005. Stickley, et al., 2017).

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής Υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) κατά DSM-V (Attention Deficit Hyperactivity Disorder, ADHD) ή Υπερκινητική Διαταραχή κατά ICD-10 (Hyperkinetic Disorder, HD), στην ενήλικη ζωή είναι μια διάγνωση που προσφάτως αναγνωρίστηκε. Τόσο το διαγνωστικό εγχειρίδιο ψυχολογικών διαταραχών DSM-V, όσο και το διαγνωστικό εγχειρίδιο ICD-10, που αφορούν ειδικούς ψυχικής υγείας, αποτελούν τα πλέον κατάλληλα μέσα για τη διάγνωση της συγκεκριμένης διαταραχής στον ενήλικο πληθυσμό (Πεχλιβανίδης και άλλοι, 2012. Stickley, et al., 2017. Vogel, et all. 2018).

Πίνακας 1. Ταξινόμηση διαστάσεων ΔΕΠΥ (DSM - V)

Κριτήρια Απροσεξίας / Ελλειμματικής Προσοχής	Κριτήρια Παρορμητικότητας / Υπερκινητικότητας	Κριτήρια Συνδυασμένου Τύπου
<p>1. Συχνά αποτυγχάνει να εστιάσει την προσοχή του σε λεπτομέρειες ή κάνει απρόσεχτα λάθη στο σχολείο, στη δουλειά ή σε άλλες δραστηριότητες</p> <p>2. Συχνά δυσκολεύεται να διατηρήσει την προσοχή του στα καθήκοντα του ή σε δραστηριότητες παιχνιδιού.</p> <p>3. Συχνά δεν φαίνεται να ακούει όταν του μιλούν κατευθείαν.</p> <p>4. Συχνά δεν ακολουθεί μέχρι τέλους οδηγίες και αποτυγχάνει να τελειώσει σχολικές εργασίες, μικροεπιχειρήματα ή άλλες υποχρεώσεις στον χώρο της δουλειάς.</p> <p>5. Συχνά έχει δυσκολίες να οργανώσει καθήκοντα και δραστηριότητες.</p> <p>6. Συχνά αποφεύγει, δεν του αρέσουν ή είναι απρόθυμο να αν εμπλακεί σε καθήκοντα που απαιτούν σταθερή και διαρκή νοητική προσπάθεια.</p> <p>7. Συχνά χάνει πράγματα απαραίτητα για καθήκοντα ή δραστηριότητες.</p> <p>8. Συχνά διασπάζεται εύκολα η προσοχή του από εξωτερικά ερεθίσματα.</p> <p>9. Συχνά ξεχνάει καθημερινές δραστηριότητες.</p>	<p>1. Συχνά κινεί νευρικά χέρια και πόδια ή στριφογυρνά στη θέση του.</p> <p>2. Συχνά σηκώνεται από τη θέση του στη τάξη ή σε άλλες καταστάσεις στις οποίες το αναμενόμενο είναι να παραμείνει καθισμένο.</p> <p>3. Συχνά τρέχει γύρω-γύρω ή σκαρφαλώνει σε μέρη που δεν επιτρέπεται.</p> <p>4. Συχνά δυσκολεύεται να παίξει ή να εμπλέκεται σε δραστηριότητες του ελεύθερου χρόνου ήσυχα.</p> <p>5. Συχνά είναι «εν κινήσει» ή ενεργεί σαν «να κινείται με μηχανή».</p> <p>6. Συχνά μιλά υπερβολικά</p> <p>7. Συχνά απαντά απερίσκεπτα πριν καν ολοκληρωθεί η ερώτηση.</p> <p>8. Συχνά δυσκολεύεται να περιμένει στη σειρά.</p> <p>9. Συχνά διακόπτει ή ενοχλεί με την παρουσία του τους άλλους.</p>	<p>Πληρούνται τόσο τα κριτήρια της Απροσεξίας όσο και της Υπερκινητικότητας και/ή Παρορμητικότητας.</p>

Αρχικά, σύμφωνα με το DSM-V (DSM-V), για να διαγνωσθεί ένα άτομο με ΔΕΠΥ θα πρέπει να πληρούνται τουλάχιστον 6 από 9 κριτήρια Απροσεξίας (τουλάχιστον 5 για άτομα >17 ετών) και τουλάχιστον 6 από 9 κριτήρια Παρορμητικότητας και /ή Υπερκινητικότητας (τουλάχιστον 5 για άτομα >17 ετών), τα οποία πρέπει να είναι ασύμβατα με το αναπτυξιακό στάδιο που βρίσκεται το άτομο (βλ. Πίνακα. 1) (Πεχλιβανίδης και άλλοι, 2012. Vogel, et all. 2018).

Επιπλέον, τα συμπτώματα αυτά θα πρέπει να έχουν διάρκεια τουλάχιστον 6 μήνες και η έναρξη τους να έχει γίνει πριν από την ηλικία των 12 ετών (σύμφωνα με το DSM-V το χρονικό όριο ήταν τα 7 έτη).

Ακόμα, πρέπει να εμφανίζονται σε τουλάχιστον δύο περιβάλλοντα και να έχουν άμεσο αρνητικό αντίκτυπο σε κοινωνικές και ακαδημαϊκές ή επαγγελματικές δραστηριότητες.

Τα συμπτώματα αυτά δεν θα πρέπει να συμβαίνουν αποκλειστικά κατά τη διάρκεια σχιζοφρένειας ή κάποια άλλης ψυχωτικής διαταραχής και να μην εξηγούνται καλύτερα από κάποια διαταραχή της διάθεσης (π.χ κατάθλιψη), αγχώδη διαταραχή, διασχιστική διαταραχή, ή από τοξίκωση από ουσίες. Επίσης, σε αντίθεση με το προγενέστερο DSM-IV, τώρα πλέον δεν αποκλείεται η ταυτόχρονη διάγνωση κάποιας διαταραχής του αυτιστικού φάσματος (Πεχλιβανίδης και άλλοι, 2012. Vogel, et all. 2018).

Σύμφωνα με το διαγνωστικό εγχειρίδιο ICD-10 (ICD-10, 2010), η έναρξη των συμπτωμάτων πρέπει να ξεκινά πριν την ηλικία των 7 ετών, σε 2 η περισσότερα περιβάλλοντα και να εμποδίζουν την κοινωνική, ακαδημαϊκή ή επαγγελματική λειτουργικότητα (Πεχλιβανίδης και άλλοι, 2012). (Vogel, et all. 2018). Ο ασθενής πρέπει να πληροί όλα τα παρακάτω κριτήρια: τουλάχιστον 6 από τα 9 συμπτώματα Απροσεξίας και τουλάχιστον 3 από τα 5 συμπτώματα Υπερκινητικότητας και τουλάχιστον 1 από τα 4 συμπτώματα Παρορμητικότητας (βλ. Πίνακα 1). Το ICD-10 δεν περιλαμβάνει υποτύπους. Η διάγνωση θα πρέπει να γίνεται (Πεχλιβανίδης και άλλοι, 2012. Vogel, et all. 2018).

Η Ευρωπαϊκή Δήλωση Συναίνεσης, (Young et al., 2010), αναφέρει σχετικά με τη διάγνωση της ΔΕΠΥ ενηλίκων, ότι για να πραγματοποιηθεί είναι σημαντικό να γίνει μια εις βάθος αξιολόγηση των συμπτωμάτων και του ιστορικού της διαταραχής, αποκλειστικά από εξειδικευμένους παιδοψυχιάτρους, παιδονευρολόγους, αναπτυξιολόγους και ψυχολόγους. Η διάγνωση είναι καλό να

πραγματοποιηθεί λαμβάνοντας υπόψη, όπου υπάρχει δυνατότητα, τις αναφορές των σημαντικών προσώπων στη ζωή του ατόμου με ΔΕΠΥ. Οι αναφορές αυτές μπορεί να σχετίζονται με την παιδική ηλικία του ασθενούς, συγκεκριμένες λεπτομέρειες για τη συμπεριφορά του, αλλά και άλλες εμπειρίες με τον ίδιο (Biederman, 2011. Young et al., 2010).

Για τη διάγνωση μιας διαταραχής υπάρχουν ποικίλα μέσα. Ο καλύτερος τρόπος είναι ο συνδυασμός των διαφόρων μέσων για το καλύτερο και πιο έγκυρο αποτέλεσμα. Μερικά μέσα που χρησιμοποιούνται για τη διαγνωστική διαδικασία είναι η δομημένη διαγνωστική συνέντευξη (λήψη ιστορικού) για την ΔΕΠΥ ενηλίκων σύμφωνα με τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-5 και του ICD-10. Η συνολική διάγνωση της διαταραχής παρουσιάζει σημαντικό βαθμό αξιοπιστίας (δείκτης $\kappa=0.67$) (Πεχλιβανίδης και άλλοι, 2012. Vogel, et al. 2018).

Επιπλέον, συνδυαστικά πάντα με τη διαγνωστική συνέντευξη είναι καλό να δοθούν στο άτομο και διάφορα ερωτηματολόγια όπως για παράδειγμα, ενδεικτικά αναφέρονται, το ερωτηματολόγιο Instrumente zur Diagnose der Adulten ADHS (IDAA) (Roesler, et al., 2003), η κλίμακα αυτοαξιολόγησης συμπτωμάτων ΔΕΠΥ του Π.Ο.Υ (Adult ADHD Self-Report Scales, ASRS) (Πεχλιβανίδης και άλλοι, 2012), η κλίμακα Brown ADD Scale Diagnostic Form (BADDS, Brown, 1996) (Πεχλιβανίδης και άλλοι, 2012) και η κλίμακα Wender Utah Rating Scale (WURS, Wender & Reimherr) (Πεχλιβανίδης και άλλοι, 2012).

Ένα ακόμα μέσο που μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη διάγνωση της ΔΕΠΥ, είναι το βιολογικό Τεστ Παυλίδη. Το τεστ αυτό βασίζεται στην παραδοχή ότι οι λανθασμένες οφθαλμοκινήσεις αντικατοπτρίζουν μια εγκεφαλική δυσλειτουργία και όχι κάποιο οπτικό ή οφθαλμομυϊκό πρόβλημα. Πρόκειται για μια φωτοηλεκτρονική καταγραφή της οφθαλμοκίνησης του ασθενή, ο οποίος παρακολουθεί σιωπηλά φωτεινά σημεία στην οθόνη ενός ηλεκτρονικού υπολογιστή. Κατόπιν η εν λόγω καταγραφή αναλύεται μέσω εξειδικευμένων ηλεκτρονικών προγραμμάτων προκειμένου να βγει η διάγνωση. Το τεστ διαρκεί περίπου 15 λεπτά και η ακρίβεια της διάγνωσης εκτιμάται από

τον ερευνητή στο 93,1% (Pavlidis & Samaras, 2005. Πεχλιβανίδης και άλλοι, 2012. Vogel, et all. 2018).

Κατά τη διαδικασία της λήψης ιστορικού-διαγνωστικής συνέντευξης, είναι πολύ σημαντικό, ο ειδικός να ελέγχει την πιθανότητα ύπαρξης κάποιας άλλης διαταραχής, η οποία παρουσιάζει κοινά συμπτώματα με αυτά της ΔΕΠΥ (διαφοροδιάγνωση), αλλά και να ελέγχει για τυχόν συννοσηρότητα με άλλες διαταραχές (Biederman, 2011. Young et al., 2010). Επιπλέον, είναι απαραίτητο να είναι προσεχτικός και με άλλες ιατρικές καταστάσεις που μπορεί να μιμούνται τα συμπτώματα της διαταραχής, όπως είναι οι αναπτυξιακές διαταραχές, τα προβλήματα όρασης και ακοής, η υπογλυκαιμία, οι διαταραχές του θυρεοειδή, οι διαταραχές με κρίσεις (seizure disorders, αφαιρετικές κρίσεις-petit mal), η δηλητηρίαση από μόλυβδο, ή όταν υπάρχει ιστορικό κατάχρησης ουσιών ή αλκοόλ (Rommelse, et al., 2010.). Όλα αυτά είναι καλό να ελέγχονται διεξοδικό από το ειδικό ψυχολόγο ή ψυχίατρο κατά τη διαδικασία της λήψης ιστορικού-διαγνωστικής συνέντευξης. (Pavlidis & Samaras, 2005).

Μέσα από πολλές μελέτες η ΔΕΠΥ θεωρούνταν, για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα, μια αναπτυξιακή διαταραχή, η οποία κατά κύριο λόγο φθίνει στη διάρκεια της εφηβείας (Rommelse, et al., 2010). Ωστόσο, η πρόσφατη διεθνής και εγχώριος βιβλιογραφία έρχεται να αλλάξει αυτή τη διαπίστωση. Τα τελευταία δεδομένα ερευνών, δείχνουν ότι στην πλειονότητα των περιπτώσεων η ΔΕΠΥ επιμένει και στην ενήλικη ζωή του ατόμου, δημιουργώντας κλινικές και ψυχοκοινωνικές επιπτώσεις (Rommelse, et al., 2010).

Μια πρόσφατη μελέτη των Normand, et al., 2007, έδειξε ότι στο 15% των περιπτώσεων η διαταραχή παραμένει στην πλήρη μορφή της μέχρι την ηλικία των 25 ετών, ενώ στο 50% η διαταραχή παραμένει σε μερική ύφεση, υποδεικνύοντας ουσιαστικά ότι τα 2/3 των παιδιών με ΔΕΠΥ συνεχίζουν να παρουσιάζουν κλινικά σημαντική διαταραχή και ως ενήλικες. Επιπλέον, σε προοπτική μελέτη 119 νεαρών ενηλίκων, ηλικίας 19 ετών, με έναρξη ΔΕΠΥ στην παιδική ηλικία,

ενώ τα συμπτώματα είχαν παρουσιάσει ύφεση κατά την ενηλικίωση τους, στο 90% των περιπτώσεων η λειτουργικότητα παρέμενε ακόμα επηρεασμένη.

Οι προγνωστικοί παράγοντες για τη επιμονή της συμπτωματολογίας ΔΕΠΥ στην ενήλικη ζωή αναφέρονται στην ύπαρξη του συνδυασμένου τύπου της ΔΕΠΥ στην παιδική ζωή, στην ένταση των συμπτωμάτων, στη συννοσηρότητα (κυρίως με διαταραχές της διάθεσης, αγχώδεις διαταραχές και διαταραχές της επικοινωνίας) και στο οικογενειακό ιστορικό ΔΕΠΥ. Επιπλέον, οι ψυχοκοινωνικές δυσκολίες και η ψυχοπαθολογία των γονέων ενυπάρχουν στους προγνωστικούς παράγοντες (Bothen & Nordstrom, 2011. Normand, et al., 2007. Rommelse, et al., 2010).

Η κλινική εικόνα της ΔΕΠΥ στους ενήλικες είναι διαφορετική από αυτή των παιδιών. Ενώ τα παιδιά μπορούν να τρέχουν, να σκαρφαλώνουν ασταμάτητα ή να έχουν δυσκολία να παίξουν ήσυχα στον ελεύθερο χρόνο τους, οι ενήλικες βιώνουν ένα εσωτερικό αίσθημα ανησυχίας, αδυναμίας να ηρεμήσουν και υπερβολικής ομιλίας (Bothen & Nordstrom, 2011. Normand, et al., 2007).

Η απροσεξία στους ενήλικες εκδηλώνεται με εύκολη διάσπαση της προσοχής, αποδιοργάνωση, καθυστερήσεις σε ραντεβού, εύκολο αίσθημα ανίας, ανάγκη για αλλαγές, δυσκολία στη λήψη αποφάσεων, ευαισθησία στο στρες και αδυναμία συνολικής θεώρησης των πραγμάτων (Barkley, Murphy & Fischer, 2010).

Το σύμπτωμα της υπερκινητικότητας στους ενήλικες εκδηλώνεται είτε ως εσωτερικό αίσθημα ανησυχίας και αδυναμίας χαλάρωσης, είτε με νευρικές κινήσεις, υπερβολική ομιλία, αδυναμία παραμονής για μεγάλο χρονικό διάστημα σε μία θέση ακόμη κι αν αυτό είναι απαραίτητο (π.χ. σινεμά, συνέδρια, εκκλησία, θέατρο κ.λπ.) (Bothen & Nordstrom, 2011. Normand, et al., 2007). Σύμφωνα με έρευνες σε πολλές περιπτώσεις συναντάμε τα άτομα με ΔΕΠΥ να κάνουν κατάχρηση ουσιών εξαιτίας της δυσκολίας διαχείρισης της ανησυχίας και της εσωτερικής έντασης που τους πνίγει συνεχώς (Barkley, Murphy & Fischer, 2010. Bothen & Nordstrom, 2011).

Αναφορικά με την παρορμητικότητα, οι ενήλικες εμφανίζονται ανυπόμονοι, ενεργούν χωρίς να σκέφτονται ή ακολουθώντας κυρίως το συναίσθημα, σπαταλούν χρήματα με απερισκεψία, αλλάζουν εργασίες ή ερωτικούς συντρόφους (Barkley, Murphy & Fischer, 2010).

Μια επιπλέον διαφοροποίηση σε σχέση με τα παιδιά είναι ότι οι ενήλικες με ΔΕΠΥ βιώνουν συχνά συναισθηματικές μεταπτώσεις, καθώς και παροδικές εκρήξεις θυμού (McGough, Smalley, McCracken et al. 2005. Παπαγεωργίου, 2005). Τυπικά, μετά από την ηλικία των 30 ετών αδυνατούν να σταθεροποιήσουν τη ζωή τους τόσο σε επαγγελματικό (π.χ. απολύονται), όσο και σε συναισθηματικό επίπεδο. Η παραμονή τους σε μια εργασία είναι συνήθως μικρής διάρκειας, το ίδιο και οι σχέσεις τους. Όσες από τις σχέσεις αυτές διατηρούνται, επηρεάζονται από την αδυναμία τους να ακούν και να συγκεντρώνονται σε ένα θέμα, από την τάση τους να αφήνουν τα πράγματα ανολοκλήρωτα και να διακόπτουν συνομιλίες (McGough, Smalley, McCracken et al. 2005).

Επιπλέον ενήλικα άτομα με ΔΕΠΥ είναι πιο πιθανό να εμπλακούν σε τροχαία ατυχήματα, καθώς έχουν την τάση να είναι απρόσεχτοι, παρορμητικοί και να έχουν μια διαρκή ανάγκη για ένταση (McGough, Smalley, McCracken et al. 2005). Επίσης, αποτελεί συχνό φαινόμενο να συμμετέχουν σε ατυχήματα, καβγάδες και τραυματισμούς. Ενήλικες με ΔΕΠΥ δεν προσέχουν συνήθως την υγεία τους, δεν ακολουθούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής και είναι εθισμένοι στο κάπνισμα και το αλκοόλ (McGough, Smalley, McCracken et al. 2005. Παπαγεωργίου, 2005). Έχουν μια έντονη σεξουαλική ζωή και αντιμετωπίζουν διάφορα προβλήματα στον ύπνο τους. Πολλές φορές αντιμετωπίζουν δυσκολίες και στην ακαδημαϊκή τους εκπαίδευση. Συγκεκριμένα δυσκολεύονται στις εργασίες και στο διάβασμα σε σύγκριση με υγιή άτομα παρόμοιας νοημοσύνης (McGough, Smalley, McCracken et al. 2005).

Για τους λόγους αυτούς, πολλοί ενήλικες με ΔΕΠΥ μπορεί να αντιμετωπίσουν οικονομικά προβλήματα, αισθάνονται απομονωμένοι με κοινωνικές δυσκολίες και αίσθημα ντροπής. Οι

αποτυχίες αφορούν στην προσωπική τους εξέλιξη, ενώ συχνά εμφανίζουν μειωμένη ικανότητα να προβάλλουν τις δυνατότητές τους σε κοινωνικές περιστάσεις (Παπαγεωργίου, 2005)

Παρόλο που πολλές έρευνες έχουν δείξει την ύπαρξη της διαταραχής και στην ενήλικη ζωή του ατόμου, μεγαλύτερη βαρύτητα δίνεται στην παιδική ηλικία. Μολονότι τα μισά από αυτά τα παιδιά θα φέρουν τα συμπτώματα της διαταραχής και τη λειτουργική επιβάρυνση της καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής τους, οι έρευνες δεν δείχνουν να εστιάζουν τόσο στον συνεχή χαρακτήρα της στην πορεία της ζωής ενός ατόμου με ΔΕΠΥ (Bothen & Nordstrom, 2011. Williams et al., 2012).

Όπως τεκμηριώθηκε στο παρόν κεφάλαιο η ΔΕΠΥ αποτελεί μια επίκαιρη και συχνά εμφανιζόμενη διαταραχή στην σύγχρονη κοινωνία. Η ίδια περιλαμβάνει ένα εύρος από ποικίλα συμπτώματα και συνήθως είναι συννοσηρή με διάφορες ψυχικές νόσους. Τα αίτια, που μπορεί να την προκαλούν ερευνώνται συνεχώς από την επιστημονική κοινότητα. Μέσα από τη μελέτη της ΔΕΠΥ εντοπίζεται η ύπαρξη μιας δυσεξήγητης σχέσης με την Παθολογική χρήση του Διαδικτύου. Στο επόμενο κεφαλαίο θα αναλυθεί η συγκεκριμένη διαταραχή, καθώς και ό,τι έπεται από αυτή.

Κεφάλαιο 2. ΠΧΔ

2.1. Γενικές Πληροφορίες για το Διαδίκτυο

“Το Διαδίκτυο (Internet) είναι παγκόσμιο σύστημα διασυνδεδεμένων δικτύων υπολογιστών, οι οποίοι χρησιμοποιούν καθιερωμένη ομάδα πρωτοκόλλων, η οποία συχνά αποκαλείται "TCP/IP", για να εξυπηρετεί εκατομμύρια χρήστες καθημερινά σε ολόκληρο τον κόσμο. Οι διασυνδεδεμένοι ηλεκτρονικοί υπολογιστές ανά τον κόσμο, οι οποίοι βρίσκονται σε ένα κοινό δίκτυο επικοινωνίας, ανταλλάσσουν μηνύματα με τη χρήση διαφόρων πρωτοκόλλων (τυποποιημένοι κανόνες επικοινωνίας), τα οποία υλοποιούνται σε επίπεδο υλικού και λογισμικού. Το κοινό αυτό δίκτυο καλείται “Διαδίκτυο” (Kaess, et all. 2014).

Το ίδιο αποτελεί αδιαμφισβήτητα μια από τις πιο σημαντικές καινοτομίες της σύγχρονης εποχής. Ο αριθμός χρηστών που χρησιμοποιεί καθημερινά το Διαδίκτυο ξεπερνάει το 50% του πληθυσμού του πλανήτη (Kaess, et all. 2014). Αποτελεί μια πηγή πληροφόρησης, ψυχαγωγίας, επικοινωνίας και παρέχει πολλαπλές διευκολύνσεις στο σύγχρονο χρήστη. Όπως αναφέρουν πολλοί επιστήμονες, το Διαδίκτυο είναι μεταξύ των άλλων μία από τις πολυτιμότερες ανακαλύψεις του σύγχρονου ανθρώπου. Αποτελεί το κλειδί μέσω του οποίου ανοίγονται πολλαπλές πόρτες ή στη γλώσσα των χρηστών “παράθυρα” που προσφέρουν διευκολύνσεις που άλλοτε δεν φανταζόσουν ότι θα μπορούσες να έχεις. Η ευκολία, η γρήγορη πλοήγηση και ο καταγισμός των πληροφοριών προσελκύουν το κάθε σύγχρονο χρήστη (Kaess, et all. 2014. Murali & George, 2007. Niemz, Griffiths & Banyar, 2005).

Όσον αφορά την ελληνική κοινωνία, σύμφωνα επικαιροποιημένα στοιχεία, τα οποία έχουν αναρτηθεί από την Ελληνική Στατιστική Αρχή έως το πρώτο τρίμηνο του 2015 διαπιστώθηκε ότι το 60% από τα νοικοκυριά της Ελλάδας, έχει πρόσβαση στο Διαδίκτυο (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015). Το ποσοστό αυτό δείχνει ότι περίπου 7 στα 10 νοικοκυριά της χώρας έχουν ηλεκτρονικό

υπολογιστή στο σπίτι τους, αλλά και συνδρομή σε κάποια εταιρεία με Internet. Τα τελευταία 5 χρόνια παρατηρείται αύξηση των ατόμων που χρησιμοποιούν το Διαδίκτυο (άνω των 45%) και το ποσοστό αυτό αφορά κυρίως νεαρές ηλικίες 18-30 ετών, με στοιχεία της ίδιας της έρευνας (Ελληνική Στατιστική Αρχή, 2015).

Τα πιο δημοφιλή sites-ιστοσελίδες για πλοήγηση στο Διαδίκτυο, σε παγκόσμιο αλλά και σε εγχώριο επίπεδο, σύμφωνα πάλι με δεδομένα της Ελληνικής Στατιστικής Αρχής (2015), είναι το Facebook, το Instagram και το Tweeter. Στην ελληνική κοινωνία το 50% ατόμων ηλικίας 18-30 ετών επιλέγουν το Facebook. Οι ιστοσελίδες είναι τόσο δημοφιλείς, καθώς προσφέρουν μια πληθώρα υπηρεσιών (Shaw & Gant, 2002. Zhou, et all. 2010). Ο κάθε χρήστης έχει τη δυνατότητα να δημιουργήσει ένα προσωπικό προφίλ, να επικοινωνεί με τους διαδικτυακούς του φίλους, να κάνει γνωστές τις προτιμήσεις και τα θέλω του, να αναρτήσει ό,τι τον αφορά, να παρακολουθεί τα προφίλ των φίλων του και να συμμετάσχει σε διάφορες εκδηλώσεις και σελίδες. Το 93% των ατόμων που “σερφάρει” στα παραπάνω sites μπαίνει τουλάχιστον 2 φορές την ημέρα είτε για να ελέγξει το λογαριασμό του, είτε για να πλοηγηθεί μέσα στην ιστοσελίδα (Niemz, Griffiths & Banyar, 2005. Shaw & Gant, 2002. Zhou, et all. 2010).

Οι Έλληνες πολίτες που δεν έχουν πρόσβαση στο Διαδίκτυο και δεν έχουν συνδρομή σε κάποια εταιρεία είναι ελάχιστοι (Φιλιόγλου, & Αγγέλη, 2016). Οι λόγοι που δεν διαθέτουν σύνδεση στο σπίτι τους μπορεί να είναι: 1) δεν έχουν τις απαραίτητες γνώσεις για το χειρισμό Η/Υ αλλά και για την πλοήγηση στο Διαδίκτυο 2) το κόστος για τη σύνδεση στο Διαδίκτυο πολλές φορές είναι υψηλό και αρκετές οικογένειες χαμηλού εισοδήματος δεν μπορούν να το αντέξουν 3) η πληροφόρηση και η ενημέρωση για το ίδιο το Διαδίκτυο και τους Η/Υ μπορεί να είναι ελλιπής, αναξιόπιστη και όχι απολύτως έγκυρη (Φιλιόγλου, & Αγγέλη, 2016).

Σχετικά με τους χρήστες που χρησιμοποιούν περισσότερο το Διδίκτυο, σημειώθηκε παραπάνω ότι είναι κυρίως άτομα νεανικής ηλικίας. Επιπλέον, έχει παρατηρηθεί ότι τα άτομα αυτά είναι

απόφοιτοι υψηλού επιπέδου εκπαίδευσης (90%), δηλαδή κάτοχοι τίτλων πανεπιστημιακής εκπαίδευσης AEI, TEI, μεταπτυχιακών και διδακτορικών τίτλων σπουδών και απόφοιτοι κολλεγίων, στρατιωτικών σχολών, ανώτερων σχολών, κ.τ.λ (Kaess, et all. 2014. Shaw & Gant, 2002).

Ο παράγοντας του φύλου σχετικά με το Διαδίκτυο φαίνεται να μην έχει πλέον κάποια σημασία. Σε αντίθεση με παλαιότερα χρόνια που το ποσοστό των ανδρών που χρησιμοποιούσαν τα οφέλη του Διαδικτύου ήταν μεγαλύτερο από το ποσοστό των γυναικών, πλέον έρευνες δείχνουν ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα (Zhou, et all. 2010). Οι γυναίκες φαίνεται να κατέχουν το ήμισυ του πληθυσμού των χρηστών στο Διαδίκτυο, αφαιρώντας έτσι από τους άνδρες την κυρίαρχη θέση. Τέλος, μελέτες δείχνουν, ότι εντοπίζεται μια σημαντική φυλετική διαφορά στη χρήση του Διαδικτύου με τη συντριπτική πλειοψηφία να είναι λευκές γυναίκες (Φιλιόγλου, & Αγγέλη, 2016. Shaw & Gant, 2002. Zhou, et all. 2010).

Μια πληθώρα ατόμων κάνει χρήση του Διαδικτύου στη σημερινή κοινωνία. Τα ποσοστά δείχνουν να αυξάνονται συνεχώς. Αυτή η συνεχόμενη και αφοσιωμένη χρήση που κάνουν τα περισσότερα άτομα έχει πολλά οφέλη, κρύβει όμως και αρκετούς κινδύνους.

2.2. Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα του Διαδικτύου

Η χρήση του Διαδικτύου είναι πλέον δεδομένη στις περισσότερες κοινωνίες. Άραγε πέρα από τα πλεονεκτήματα, υπάρχουν και μειονεκτήματα για τους χρήστες;

Πλεονεκτήματα

Τα πλεονεκτήματα της χρήσης του Διαδικτύου είναι πολλά και αφορούν διαφορετικούς τομείς στη ζωή του ατόμου. Αρχικά, ένα από αυτά είναι η δημιουργία μέσα από αυτό ενός παγκόσμιου ιστοχώρου (Katie, Griffiths, & Banyard, 2005). Ο πλανήτης αποτελεί πλέον ένα “παγκόσμιο

χωριό”, καθώς το Διαδίκτυο προσφέρει επικοινωνία από και προς οποιοδήποτε σημείο του πλανήτη και μάλιστα σε κλάσματα δευτερολέπτου. Ο κάθε χρήστης έχει τη δυνατότητα να επικοινωνήσει με τους γνωστούς του που τυχόν βρίσκονται σε κάποιο άλλο μέρος της γης, αλλά και να γνωρίσει άτομα από διαφορετικές ηπείρους, τα οποία μπορεί να μην είχε την τύχη να τα γνωρίσει σε άλλες περιπτώσεις. Μέσα, λοιπόν, από το Διαδίκτυο έχουν εκμηδενιστεί οι αποστάσεις (Kaess, et all. 2014. Shaw & Gant, 2002. Zhou, et all. 2010).

Ένα από τα πιο σημαντικά θετικά στοιχεία του Διαδικτύου είναι το πλήθος των πληροφοριών που αυτό προσφέρει στο χρήστη (Kaess, et all. 2014). Ο χρήστης έχει την δυνατότητα να ψάξει και να βρει πληροφορίες για διάφορα θέματα που τον αφορούν με εύκολο και γρήγορο τρόπο. Ο ίδιος έχει πρόσβαση, μέσω του Διαδικτύου, σε ότι τυχόν τον ενδιαφέρει. Με αυτό τον τρόπο, το Διαδίκτυο μπορεί να προσεγγίσει χρήστες όλων των κατηγοριών ανεξάρτητα την ηλικία, το φύλο και την καταγωγή τους (Kaess, et all. 2014. Zhou, et all. 2010).

Πολύ σημαντική είναι επίσης η συμβολή του Διαδικτύου στον τομέα της εκπαίδευσης (Kaess, et all. 2014. Zhou, et all. 2010). Οι καθηγητές μπορούν να χρησιμοποιούν το Διαδίκτυο για την παράδοση των μαθημάτων τους μέσω τηλεδιάσκεψης, αλλά και για την ανάρτηση των σημειώσεων του μαθήματος, της ύλης και πολλών ασκήσεων για το σπίτι. Επιπλέον, οι φοιτητές και οι μαθητές κάνουν χρήση του Διαδικτύου για να έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες του μαθήματος, να διαβάζουν ηλεκτρονικά βιβλία, για την εκπόνηση διαφόρων ερευνών, ακόμα και για την ηλεκτρονική επικοινωνία με συμφοιτητές και καθηγητές τους (Boyd, & Ellison, 2008. Katie, Griffiths, & Banyard, 2005).

Το Διαδίκτυο αποτελεί και ένα μέσο ψυχαγωγίας του κάθε χρήστη. Ο ίδιο μπορεί να κατεβάσει παιχνίδια να παίζει, να επικοινωνήσει με άλλους χρήστες, να συμμετάσχει σε τυχερά παιχνίδια, να διαβάσει βιβλία-κόμικς κ.τ.λ. (Boyd, & Ellison, 2008). Συγκεκριμένα η επικοινωνία με άλλους χρήστες, αποτελεί τον κύριο λόγο χρήσης του Διαδικτύου. Το ίδιο μέσω των chatrooms ενισχύει τις

διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των ατόμων, και αυξάνει την κοινωνικότητα τους. Τα περισσότερα άτομα ενθαρρύνονται στο να μιλήσουν και να γνωρίσουν κάποιον και σε πολλές περιπτώσεις οι ηλεκτρονικές σχέσεις μπορούν να εξελιχθούν σε σχέσεις “πραγματικού κόσμου”. Μέσα από έρευνες φαίνεται ότι βοηθά, λόγω της ανωνυμίας που υπάρχει σε αυτό, και την LGBT κοινότητα στις διαπροσωπικές τους σχέσεις (Φιλιόγλου, & Αγγέλη, 2016).

Τέλος, αναφορικά με τις σχέσεις το Διαδίκτυο έχει παρατηρηθεί ότι συντηρεί τις επαφές με φίλους και με την οικογένεια. Μια μελέτη έδειξε ότι το 58% των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσε ότι το Διαδίκτυο τους έκανε να αισθάνονται περισσότερο συνδεδεμένοι με τα μέλη της οικογένειάς τους (Shaw & Gant, 2002. Zhou, et all. 2010).

Στο Διαδίκτυο μπορεί κάποιος να πραγματοποιήσει διάφορες αγορές μέσω ηλεκτρονικών εφαρμογών. Το ηλεκτρονικό εμπόριο είναι αρκετά δημοφιλές τα τελευταία χρόνια και οι αγοραπωλησίες μέσω αυτού αυξάνονται συνεχώς. Ο χρήστης έχει τη δυνατότητα να δει και να επιλέξει ανάμεσα σε πολλά προϊόντα, αλλά και να επωφεληθεί από τις πολλές προσφορές που κρύβονται στο Διαδίκτυο (Boyd, & Ellison, 2008. Kaess, et all. 2014).

Μέσα σε αυτό μπορεί επίσης να κάνει ηλεκτρονικές συναλλαγές, να χρησιμοποιήσει οδηγό πλοήγησης και χάρτες πλοήγησης, να δημιουργήσει και να εκτυπώσει έγγραφα, να αναζητήσει εργασία και να οργανώσει κατάλληλα και όπως επιθυμεί τις διακοπές του (Shaw & Gant, 2002).

Πολύ σημαντική είναι η προσφορά του Διαδικτύου και στο κομμάτι της υγείας (Boyd, & Ellison, 2008. Kaess, et all. 2014). Αρχικά, το ίδιο αποτελεί πηγή πληροφόρησης για τους επαγγελματίες υγείας, τους ασθενείς και τις φαρμακευτικές βιομηχανίες. Οι παραπάνω ενημερώνονται για θέματα υγείας, για την πρόληψη αλλά και την θεραπευτική αντιμετώπιση ασθενειών. Ο ασθενής μπορεί να μάθει πληροφορίες για την ασθένειά του, να ενημερωθεί για τα συμπτώματα και για τις θεραπείες που υπάρχουν. Συγκεκριμένα, τα κυριότερα θέματα που αναζητούν οι χρήστες είναι οι διατροφικές

διαταραχές, τα σεξουαλικά μεταδιδόμενα νοσήματα, οι διαταραχές της ψυχικής υγείας (κατάθλιψη και αγχώδεις διαταραχές), καθώς και η αντισύλληψη (Boyd, & Ellison, 2008. Kaess, et all. 2014. Shaw & Gant, 2002).

Μειονεκτήματα

Πέρα από τα πλεονεκτήματα που εντοπίζονται στη χρήση του Διαδικτύου ελλοχεύουν και πολλά μειονεκτήματα-κίνδυνοι μέσα σε αυτό. Στα μειονεκτήματα εντάσσονται η κλοπή προσωπικών στοιχείων του χρήστη και η χρήση τους για διάφορους αθέμιτους σκοπούς. Η απειλή από ιούς, οι οποίοι μπορούν να διαγράψουν στοιχεία και να προκαλέσουν βλάβη στον Η/Υ (Shaw & Gant, 2002. Zhou, et all. 2010). Επιπλέον, μπορεί να γίνουν διαφόρων μορφών άπατες μέσω του Διαδικτύου, (εικονικές δημοπρασίες, συκοφαντική δυσφήμιση, κλοπή ταυτότητας, άπατες με πιστωτικές κάρτες κ.α.). Μέσω του Διαδικτύου γίνεται συχνά διακίνηση ναρκωτικών ουσιών, αλλά και διακίνηση ή πειρατεία λογισμικού (παράνομη ηλεκτρονική πώληση και προβολή κινηματογραφικών ταινιών, μουσικών δίσκων και λογισμικών) (Shaw & Gant, 2002. Zhou, et all. 2010).

Ένα ακόμα μειονέκτημα του Διαδικτύου αποτελεί το φαινόμενο της πορνογραφίας (Katie, Griffiths, & Banyard, 2005. Zhou, et all. 2010). Συγκεκριμένα, υπάρχει μεγάλος κίνδυνος προβολής πορνογραφικού υλικού ή ακόμα και αποπλάνηση ανηλίκων και νέων ενηλίκων με στόχο τη δημιουργία πορνογραφικού υλικού. Επιπλέον είναι συχνός και ο ηλεκτρονικός εκφοβισμός (cyber bullying) σε παιδιά αλλά και νέους διαφόρων ηλικιών (Katie, Griffiths, & Banyard, 2005. Zhou, et all. 2010).

Η χρήση του Διαδικτύου όπως σημειώθηκε παραπάνω βοηθά πολύ τις διαπροσωπικές σχέσεις των χρηστών. Πέρα όμως από τις θετικές επιπτώσεις φαίνεται να έχει και αρνητικές. Ορισμένοι υποστηρίζουν ότι η χρήση του Διαδικτύου ελλοχεύει τον κίνδυνο της μοναχικότητας του ατόμου,

μειώνει τη δια ζώσης αλληλεπίδραση του με άλλα άτομα, βλάπτοντας έτσι τις προσωπικές επαφές του (Boyd, & Ellison, 2008. Katie, Griffiths, & Banyard, 2005. Σιώμο, 2012. Μαραγκού, 2015). Σύμφωνα με την Μαραγκού, (2015), η ένταση με την οποία χρησιμοποιεί ένας ενήλικας το Διαδίκτυο και συγκεκριμένα την ιστοσελίδα κοινωνικής δικτύωσης Facebook μπορεί να επηρεάσει την ψυχολογία του και να δημιουργήσει αίσθημα μοναξιάς στο χρήστη και να μειώσει την αυτοεκτίμηση του. Επιπλέον, θεωρείται ότι οι ηλεκτρονικές σχέσεις δεν είναι ικανοποιητικές ούτε ουσιαστικές και έχουν λιγότερο νόημα από την προσωπική επαφή (Boyd, & Ellison, 2008). Πολλοί είναι οι ερευνητές που είναι επιφυλακτικοί με αυτές τις σχέσεις και με την ποιότητα τους (Nouriani, & Speiegel, 2006).

Τέλος, το μεγαλύτερο μειονέκτημα του Διαδικτύου είναι η Παθολογική χρήση του (Boyd, & Ellison, 2008. Katie, Griffiths, & Banyard, 2005). Το φαινόμενο αυτό είναι αρκετά διαδεδομένο στο διεθνή και εγχώριο κόσμο και πλήττει κατά κύριο λόγο νέους. Για το συγκεκριμένο μειονέκτημα γίνεται λόγος στο επόμενο υποκεφάλαιο.

2.3. ΠΧΔ

2.3.1. Γενικές πληροφορίες για την ΠΧΔ

Η Παθολογική Χρήση του Διαδικτύου (ΠΧΔ) ή αλλιώς Διαταραχή Εξάρτησης από το Διαδίκτυο (ΔΕΔ), ορίζεται ως η αδυναμία ελέγχου της χρήσης του Διαδικτύου από τον χρήστη, η οποία τελικά οδηγεί σε πτώση της ψυχολογικής λειτουργίας, συναισθημάτων, διαπροσωπικών σχέσεων και ακαδημαϊκών επιδόσεών του (Zhou, Yuan, Yao, Li & Cheng, 2010). Ο χρήστης έρχεται αντιμέτωπος με προβλήματα που αφορούν τον ψυχολογικό, κοινωνικό, εργασιακό και άλλους τομείς της ζωής του (Murali & George, 2007).

Πολλοί αναφέρουν την ΠΧΔ, ως μια έντονη εξάρτηση και σοβαρή αποδιοργάνωση της καθημερινότητας του εξαρτημένου χρήστη. Ο ίδιος πραγματοποιεί μια επαναλαμβανόμενη παθολογική συμπεριφορά που μπορεί να αποβεί κρίσιμη και δυσλειτουργική σε προσωπικό και οικογενειακό επίπεδο (Zhou, et all. 2010).

Σύμφωνα με τον Σιώμο, (2012), η ΠΧΔ ανήκει στην κατηγορία των “τεχνολογικών εθισμών”. Οι ορίζονται ως χημικοί ή συμπεριφορικοί εθισμοί, οι οποίοι περιλαμβάνουν την αλληλεπίδραση με την ανθρωπομηχανή (Διαδίκτυο, τηλεόραση, ηλεκτρονικά παιχνίδια). Χωρίζονται σε παθητικούς (τηλεόραση) και ενεργητικούς (Διαδίκτυο, ηλεκτρονικά παιχνίδια). Περιλαμβάνουν συνήθως χαρακτηριστικά ενίσχυσης και οδηγούν τον χρήστη σε μια εθιστική τάση. Τα βασικά συμπτώματα που προκαλούν είναι αλλαγή της διάθεσης, ανοχή, απόσυρση, σύγκρουση και υποτροπή (Zhou, et all. 2010).

Η ΠΧΔ αποτελεί μια κοινή και προβληματική διαταραχή στον κόσμο. Σύμφωνα με τους Zhou, et all., (2010) περίπου το 34% των ενηλίκων, ηλικίας 18-35 ετών μπορεί να εμφανίσει συμπτώματα της ΠΧΔ. Η νεανική ηλικία (18-25), αποτελεί την πιο συχνή ηλικία εμφάνισης της νόσου (το 21%

των ατόμων είναι νεανικής ηλικίας), ενώ δεν εμφανίζονται διαφοροποιήσεις όσον αφορά τον παράγοντα φύλο (Li, et all. 2016. Niemz, Griffiths & Banyar, 2005).

Η ταχεία πρόοδος του Διαδικτύου και η ξαφνική δειξοδησή του στην κοινωνία δημιούργησε τα πρώτα προβλήματα (Murali & George, 2007). Συγκεκριμένα, στη σύγχρονη παγκοσμιοποιημένη κοινωνία, στην οποία το Διαδίκτυο αποτελεί μέρος της ζωής και της καθημερινότητας του καθενός, το ποσοστό των ατόμων που εθίζονται στο Διαδίκτυο είναι υψηλό. Τα άτομα είναι στραμμένα μπροστά από μια οθόνη, ξοδεύοντας τεράστιες ποσότητες χρόνου, με αποτέλεσμα να μη διαθέτουν χρόνο για οποιαδήποτε άλλη δραστηριότητα. (Kaess, et all. 2014. Murali & George, 2007. Niemz, Griffiths & Banyar, 2005. Shaw & Gant, 2002. Zhou, et all. 2010). Οι Σίμος, Μαραγκού & Παύλοβα, (2015) υποστηρίζουν τη σχέση της ΠΧΔ με το κοινωνικό άγχος, καθώς και τη διαμεσολαβητική παρέμβαση σε αυτή τη σχέση της χαμηλής αυτοεκτίμησης και νεαρότερης ηλικίας.

Σύμφωνα με τους Kaess, et all. (2014) και Murali & George, (2007), αυτή η κατάσταση τους προκαλεί αδράνεια και δυσλειτουργικότητα στην καθημερινότητά τους. Η ανάγκη για ολοένα και μεγαλύτερη ενασχόληση με τις υπηρεσίες του Διαδικτύου και η παράλληλη μείωση άλλων δραστηριοτήτων, καθώς και το αίσθημα της στέρησης όταν ο χρήστης δεν βρίσκεται εντός του Διαδικτύου, αποτελούν τα κύρια συμπτώματα που υποδηλώνουν την εξάρτηση στο Διαδίκτυο. Η εξάρτηση από το Διαδίκτυο αποτελεί μια μορφή ψυχικής διαταραχής, η οποία απαιτεί έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση. Η συγκεκριμένη διαταραχή χαρακτηρίζεται από συμπτώματα στέρησης, συναισθηματικών και σεξουαλικών διαταραχών, αλλά και περιορισμού ή/και διακοπής των κοινωνικών σχέσεων του ατόμου (Niemz, Griffiths & Banyar, 2005).

Ο εθισμός στο Διαδίκτυο αποτελεί έναν πολύ γενικό όρο, που καλύπτει ένα ευρύ φάσμα προβλημάτων αλλά και συμπεριφορών του χρήστη. Είναι καλό να παρουσιαστούν πιο ειδικοί και

εξειδικευμένοι όροι, ανάλογα με το είδος και τον χώρο της χρήσης που κάνει το κάθε άτομο (Murali & George, 2007. Zhou, et all. 2010). Οι τύποι εθισμού στο Διαδίκτυο είναι οι εξής:

- Εθισμός στο διαδικτυακό σεξ, που αφορά την διαδικτυακή πορνογραφία, την σεξουαλική αλληλεπίδραση με άτομα στο διαδίκτυο μέσω διαφόρων δωματίων συνομιλίας- chat rooms- και η περιήγηση σε σελίδες που περιλαμβάνουν σεξουαλικά παιχνίδια ρόλων μεταξύ των χρηστών (Murali & George, 2007. Zhou, et all. 2010).
- Εθισμός στις διαδικτυακές σχέσεις, μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης- social media, με ανταλλαγή μηνυμάτων και δημιουργία ηλεκτρονικών σχέσεων. Το άτομα στην συγκεκριμένη περίπτωση αναλώνεται σε αυτές τις σχέσεις υποκαθιστώντας τις πραγματικές του σχέσεις με φίλους, οικογένεια, ερωτικούς συντρόφους (Murali & George, 2007. Zhou, et all. 2010).
- Καταναγκαστική χρήση του διαδικτύου, μέσω τυχερών παιχνιδιών, τραπεζικών συναλλαγών, δημοπρασίες όπως ebay, αγορά προϊόντων, σε έναν υπερβολικό βαθμό, που μπορεί να οδηγήσουν σε οικονομικά και επαγγελματικά αδιέξοδα (Zhou, et all. 2010).
- Υπερφόρτωση πληροφοριών, όπου οι χρήστες αναζητούν μανιωδώς πληροφορίες μέσω Διαδικτύου χάνοντας πολύτιμο χρόνο από την πραγματική τους ζωή. Η ζωή τους πλέον βρίσκεται στις ατέλειωτες σελίδες του Διαδικτύου (Zhou, et all. 2010).

2.3.2. Ιστορική αναδρομή

Σύμφωνα με τους Yan, Li, & Sui, (2013), η ΠΧΔ αποτελεί μια διαταραχή, η οποία χρονολογείται από τα μέσα του 1990, όταν η χρήση του Διαδικτύου είχε απογειωθεί στα ύψη. Η διαταραχή αυτή έφερε μεγάλη ένταση και διχογνωμία στον διεθνή επιστομονικό κόσμο, καθώς δεν υπήρχε μια κοινή οδός για τον προσδιορισμό της. Αρχικά στην προσπάθεια ορισμού της υπερβολικής αυτής χρήσης του Διαδικτύου υπόθηκαν διάφορες ονομασίες για την περιγραφή του απρόσμενου αυτού

παθολογικού φαινομένου. Η πιο διαδεδομένη είναι η Διαταραχή εθισμού στο Διαδίκτυο που αναφέρθηκε από τον ψυχίατρο Ivan Goldberg (1996) στη Νέα Υόρκη. Ο ίδιος βασίστηκε στα κριτήρια του διαγνωστικού εγχειριδίου DSM-IV που αφορούσαν τον εθισμό σε ουσίες, αντικαθιστώντας τον όρο ουσία με τον όρο Διαδίκτυο (Yan, Li, & Sui, 2013).

Η πρώτη επίσημη έρευνα για την εν λόγω διαταραχή παρουσιάστηκε από τη Dr. Kimberly Young, ιδρύτρια και προέδρου του κέντρου αποτοξίνωσης του διαδικτυακού εθισμού, σε συνέδριο που έλαβε χώρα στο Τορόντο το 1996. Η έρευνα που διεξήγαγε έθιγε τα πιο ουσιαστικά ζητήματα, τα οποία δεν είχαν ξανά αναφερθεί με τόσο αξιόπιστα στοιχεία. Συγκεκριμένα επικεντρώθηκε στα διαδικτυακά παιχνίδια, τις διαπροσωπικές σχέσεις και στο εικονικό σεξ, κατηγορίες που ο καθένας χρήστης έχει πρόσβαση από το σπίτι του. Πραγματοποιήθηκαν και άλλες έρευνες σε διάφορα σημεία του πλανήτη όπως στις Ασιατικές χώρες (Yan, Li, & Sui, 2013) στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής (Niemz, Griffins & Banyar, 2005) και στην Αυστραλία (Zhou, et all. 2010). Ειδικά οι πρώτες επικεντρώθηκαν στα Ίντερνετ καφέ, καθώς είναι διαδεδομένα, χρησιμοποιούνται συχνά και η πρόσβαση στα δεδομένα τους είναι πολύ εύκολη και αξιόπιστη.

Όσον αφορά τις ΗΠΑ οι έρευνες έχουν εστιάσει κατά κύριο λόγο στον φοιτητικό πληθυσμό (Niemz, Griffiths & Banyar, 2005). Συγκεκριμένα ο Niemz διεξήγαγε μια έρευνα, στην οποία το δείγμα αποτελούνταν από 531 φοιτητές της Νοτίου Αμερικής με σκοπό να αξιολογήσει τη σχέση ανάμεσα στην ΠΧΔ και των μορφών χρήσης του Διαδικτύου. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το 13% των χρηστών παρουσίαζαν εθισμό στο Διαδίκτυο που είχε αντίκτυπο στην εργασία, την κοινωνική ζωή και την ακαδημαϊκή τους επίδοση. Επιπλέον, το 71% των χρηστών ήταν άνδρες και μόνο 29 άτομα ήταν γυναίκες. Έτσι η έρευνα έδειξε την αντίθεση στον παράγοντα φύλο. Βέβαια μεταγενέστερη έρευνα των Nouriani, & Speiegel, 2006, το έχει διαψεύσει.

Σε πολλές βέβαια έρευνες τα δεδομένα δεν είναι τόσο αξιόπιστα διότι υπάρχει περίπτωση οι χρήστες να ντρέπονται ή να αρνούνται τον εθισμό τους στο Διαδίκτυο (Creemers, Scholte, Engels,

Prinsterin, & Wiers, 2012). Τα ευρήματα τους είναι συχνά πολύπλοκα καθώς η ΠΧΔ είναι συννοσηρή και με άλλες ψυχικές διαταραχές, όπως εθισμό από αλκοόλ ή ναρκωτικά. Τα άτομα συνήθως αναγνωρίζουν, μιλούν και ζητούν βοήθεια γι' αυτές παρά για την ΠΧΔ (Creemers et al., 2012).

Οι σύγχρονες έρευνες έχουν διατυπώσει όχι μόνο ορισμούς για την ΠΧΔ, αλλά έχουν ορίσει και κατηγορίες σχετικά με τη χρήση του (Creemers et al., 2012). Σύμφωνα με αυτές τις μελέτες πολλοί χρήστες εθίζονται στο Διαδίκτυο. Υπάρχουν πολλοί τρόποι να το χρησιμοποιήσει κάποιος πέρα από τον παθολογικό. Ανάλογα με το πώς χρησιμοποιεί κάποιος χρήστης το Διαδίκτυο μπορεί να καταταγεί σε μια κατηγορία χρήσης (Creemers et al., 2012). Οι κατηγορίες είναι οι ακόλουθες:

- 1) Η τυπική χρήση του Διαδικτύου, στην οποία ο χρήστης κάνει μια καλή χρήση του για να διευκολύνει την καθημερινότητά του, να ψυχαγωγηθεί και να χρησιμοποιήσει πολλές από τις πληροφορίες και γνώσεις που αυτό προσφέρει (Creemers et al., 2012).
- 2) Η προβληματική του χρήση, όπου υπάρχει κίνδυνος κατάχρησης καθώς ο χρήστης ενδιαφέρεται μόνο για τη χρήση του Διαδικτύου χωρίς όμως να τη χρειάζεται (Creemers et al., 2012).
- 3) Η κατάχρηση του Διαδικτύου, κατά την οποία ο χρήστης παρουσιάζει πτώση στη λειτουργικότητά του, αποτυγχάνει σε δραστηριότητες στην εργασία και στη σχολή του και η συμπεριφορά αυτή διαρκεί τουλάχιστον 12 μήνες. Εντοπίζεται επίσης μειωμένη όρεξη για φαγητό και έλλειψη ύπνου (Creemers et al., 2012).
- 4) Η παθολογική χρήση του Διαδικτύου, μια επαναλαμβανόμενη παθολογική συμπεριφορά του ατόμου που κάνει καταναγκαστική χρήση του Διαδικτύου και περιλαμβάνει όλες τις αρνητικές συμπεριφορές χωρίς να ενδιαφέρεται για τις συνέπειες (Creemers et al., 2012).

Όταν, λοιπόν, το άτομο κάνει κατάχρηση του Διαδικτύου και αυτό του προκαλεί δυσφορία σε προσωπικό επίπεδο, αλλά και σε άλλους τομείς της ζωής του, κάνει ΠΧΔ. Τα βασικά συμπτώματα της διαταραχής αναφέρονται στο επόμενο υποκεφάλαιο.

2.4. Κλινικά συμπτώματα

Το προφίλ ενός χρήστη που είναι εθισμένος από το Διαδίκτυο, περιγράφεται ως ένα άτομο απογοητευμένο από τη ζωή του, το οποίο δείχνει να αποσύρεται από αυτή αφιερώνοντας όλο το χρόνο του στον ηλεκτρονικό κόσμο (Ebeling-Witte, Frank, & Lester, 2007. Yan, Li, & Sui, 2013). Είναι άτομα με ελλειμματική προσωπικότητα, μοναχικά, ανασφαλή, που χαρακτηρίζονται από αδράνεια και παραίτηση. Τα άτομα με ΠΧΔ παρουσιάζουν, επίσης, μειωμένη αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση. Οι Niemz, Griffiths & Banyar, (2005) αναφέρουν ότι τα άτομα που περιγράφουν με αρνητικά χαρακτηριστικά τον εαυτό τους είναι πιο πιθανό να κάνουν ΠΧΔ. Επίσης, ο χρήστης που είναι εθισμένος στο Διαδίκτυο δεν έχει πολλές κοινωνικές σχέσεις, δυσκολεύεται στις σχέσεις με το αντίθετο φύλο, ενώ παράλληλα επιδιώκει να εντυπωσιάσει μέσω του Διαδικτύου. Είναι άτομα που μεγάλωσαν σε ελλειμματική οικογένεια, χωρίς σταθερά γονεϊκά πρότυπα ή με μια ασφυχτική οικογενειακή σχέση.

Το Διαδίκτυο αποτελεί ένα δελεαστικό παράγοντα που προσφέρει στον χρήστη όσα ο ίδιος στερείται στην πραγματική του ζωή (Ko, Yen, Yen, Chen, & Chen, 2012. Ebeling-Witte, Frank, & Lester, 2007. Yan, Li, & Sui, 2013). Το άτομο κάνει πράγματα που μπορεί να μην έκανε ή ίσως δεν τολμούσε στην καθημερινότητα του. Η ανωνυμία που προσφέρει το Διαδίκτυο δίνουν την ευκαιρία στο χρήστη να εκφραστεί όπως επιθυμεί, να αυξήσει τη δημοτικότητα του ή και ακόμα να χρησιμοποιήσει ένα άλλο πρόσωπο για να προβάλει τον εαυτό του στους άλλους (Ko, Yen, Yen, Chen, & Chen, 2012. Yan, Li, & Sui, 2013). Έτσι τα άτομα βγάζουν τον κρυμμένο εαυτό που δεν είχαν την τόλμη να φανερώσουν στην πραγματική τους ζωή, καθώς δημιουργούν μια “πλαστή

ταυτότητα” και απολαμβάνουν τα οφέλη που τους προσφέρει το Διαδίκτυο (Ko, Yen, Yen, Chen, & Chen, 2012. Ebeling-Witte, Frank, & Lester, 2007. Yan, Li, & Sui, 2013).

Τα πρώτα σημάδια της διαταραχής γίνονται αντιληπτά όταν ο χρήστης αφιερώνει περισσότερο χρόνο στο Διαδίκτυο απ’ ότι σε άλλες δραστηριότητες (ΚΕΘΕΑ, 2015). Η πτώση της επίδοσης του στα μαθήματα της σχολής, η παραμέληση άλλων υποχρεώσεών του, η απομόνωση, η επιθετική συμπεριφορά, η μη ευχαρίστηση από όσα τον ενδιέφεραν στο παρελθόν, αποτελούν τα πρώτα σημάδια που προμηνύουν τον εθισμό του (ΚΕΘΕΑ, 2015). Παράλληλα με αυτά τα σημεία οι χρήστες συνήθως παρουσιάζουν προβλήματα στην όρεξη τους, όπως και με τον ύπνο τους, αρκούνται σε μικρές ποσότητες φαγητού και ύπνου, με σκοπό να βρίσκονται συνεχώς συνδεδεμένοι στο Διαδίκτυο και να μην αποσπάται με τίποτα η προσοχή τους, ακόμα και από τις βασικές ανάγκες του ανθρώπου (ΚΕΘΕΑ, 2015).

Τα κυριότερα συμπτώματα του ατόμου που κάνει ΠΧΔ σύμφωνα με τους ΚΕΘΕΑ, (2015) και Niemz, Griffiths & Banyar, (2005) είναι τα εξής:

- Αφιέρωση υπερβολικού χρόνου στο Διαδίκτυο
- Άγχος
- Μείωση δραστηριότητας
- Έλλειψη ύπνου
- Κούραση
- Διαταραχές στην όρεξη
- Μειωμένη απόδοση σε ακαδημαϊκό και εργασιακό επίπεδο
- Απάθεια

- Κοινωνική απομόνωση
- Έντονη απογοήτευση
- Απόσυρση
- Έλλειψη αυτοελέγχου
- Χαμηλή αυτοπεποίθηση
- Μειωμένη αίσθηση της πραγματικότητας
- Αυξημένη ανησυχία
- Χαμηλή διάθεση
- Αδυναμία αποχής από το Διαδίκτυο
- Έντονοι πονοκέφαλοι
- Ξηρότητα οφθαλμών
- Αυξημένη πίεση
- Έλλειψη συναισθηματικής σταθερότητας
- Ανάγκη για συναισθηματική εξάρτηση
- Ανικανότητα αποδοχής ορίων και κανόνων

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Shaw & Gant, (2002) έδειξαν ότι το 18,3% του δείγματος θεωρούνταν παθολογικοί χρήστες του Διαδικτύου, των οποίων η υπερβολική χρήση του Διαδικτύου προκαλούσε ακαδημαϊκά, κοινωνικά και διαπροσωπικά προβλήματα. Άλλα αποτελέσματα έδειξαν

ότι οι παθολογικοί χρήστες του Διαδικτύου είχαν χαμηλή αυτοεκτίμηση και έντονη κοινωνική απομόνωση (Shaw & Gant, 2002).

Σε έρευνα τους οι Ko, Yen, Yen, Chen, & Chen, (2012) ανέφεραν ότι το κυριότερο σύμπτωμα της ΠΧΔ ανάμεσα στους χρήστες ήταν η απόσυρση από τον πραγματικό κόσμο. Τα άτομα δεν έχουν επαφή με την πραγματικότητα, εξαιτίας του εθισμού τους και αφιερώνονται εξ' ολοκλήρου στον ηλεκτρονικό κόσμο. Επιπλέον τα αποτελέσματα τους έδειξαν ότι τα άτομα με ΠΧΔ έχουν αυξημένο κίνδυνο υποτροπής, σε περίπτωση που προσπαθήσουν να θεραπευτούν από τη διαταραχή τους (Ko, Yen, Yen, Chen, & Chen, 2012). Ακόμα, οι ίδιοι σημειώνουν ότι η αλλαγή της διάθεσης είναι ένα ακόμα σημαντικό σύμπτωμα σε άτομα με ΠΧΔ. Η αλλαγή αυτή αναφέρεται στη διέγερση που προκαλείται από την απελευθέρωση της ντοπαμίνης στον επικλινή πυρήνα (κέντρο ευχαρίστησης) στον εγκέφαλο (Ko, Yen, Yen, Chen, & Chen, 2012).

Τα άτομα που είναι εθισμένα στο Διαδίκτυο όπως προαναφέρθηκε μπορεί να εμφανίσουν διάφορα συμπτώματα. Τα συμπτώματα αυτά μπορεί να προκαλέσουν διάφορες επιπτώσεις σε διάφορους τομείς.

2.5. Αιτιολογικοί παράγοντες

Έρευνες έχουν δείξει την ότι, η ΠΧΔ αποτελεί ένα πολυπαραγοντικό φαινόμενο. Στην εμφάνιση του μπορεί να συμβάλλουν γενετικοί, ατομικοί, ψυχολογικοί, οικογενειακοί αλλά και κοινωνικοί παράγοντες (Boyd, & Ellison, 2008. Nouriani, & Speiegel, 2006).

Αρχικά, η ΠΧΔ μπορεί να οφείλεται σε **νευροβιολογικούς- γενετικούς παράγοντες** (Boyd, & Ellison, 2008. Nouriani, & Speiegel, 2006). Όσον αφορά τη νευροβιολογία της ΠΧΔ έχουν διεξαχθεί πολύ λίγες μελέτες. Οι πρώτες πραγματοποιήθηκαν με απεικόνιση του εγκεφάλου, μέσω λειτουργικής μαγνητικής τομογραφίας (fMRI) (Boyd, & Ellison, 2008).

Σύμφωνα με τους Boyd, & Ellison, (2008) με τη χρήση του Διαδικτύου αυξάνεται η έκκριση των ενδογενών οπιοειδών και στην συνέχεια αυτά αυξάνουν την απελευθέρωση ντοπαμίνης, η οποία ευθύνεται για την εθιστική συμπεροφορά του ατόμου. Η ντοπαμίνη που απελευθερώνεται στο κέντρο ανταμοιβής του εγκεφάλου, συνδέεται με τους υποδοχείς των οπιοειδών στον επικλινή πυρήνα και με τους μ-υποδοχείς οπιοειδών στους διάμεσους νευρώνες. Η τελευταία σύνδεση αναστέλλει τη GABAεργική νευρομεταβίβαση προς τους νευρώνες της κοιλιακής περιοχής της καλύπτρας, κάτι που με τη σειρά του ευοδώνει την ντοπαμινεργική μεταβίβαση μεταξύ της κοιλιακής μοίρας της καλύπτρας και του επικλινούς πυρήνα (Boyd, & Ellison, 2008).

Άλλη μια αιτία ΠΧΔ είναι η **αλλαγή συμπεριφοράς του ατόμου** (Nouriani, & Speiegel, 2006). Μέσα από το Διαδίκτυο μπορεί να αλλάξει η συμπεριφορά του χρήστη. Το άτομο, το οποίο είναι εθισμένο στο Διαδίκτυο όταν κάνει χρήση του, μπορεί να αισθάνεται διέγερση, μεταβολή της διάθεσης του που ενισχύεται από ευχάριστες σκέψεις και συναισθήματα. Η συμπεριφορά αυτή μπορεί να οφείλεται σε κάποιες αλλαγές στις χημικές ουσίες του σώματος του κατά τη χρήση του Διαδικτύου. Η ευχάριστη αυτή αλλαγή στη συμπεριφορά κάνει το άτομο να θέλει να μπαίνει ξανά και ξανά στο Διαδίκτυο, καθώς μέσα αυτό αλλάζει προς το καλύτερο η συμπεριφορά του (Nouriani, & Speiegel, 2006).

Επιπλέον, μέσα από το Διαδίκτυο το άτομο μπορεί να δημιουργήσει έναν **ιδανικό εαυτό** (Nouriani, & Speiegel, 2006). Μέσα από αυτό άτομα, τα οποία έχουν χαμηλή αυτοπεποίθηση και αυτοεκτίμηση, έντονη συστολή και αίσθημα ντροπής, μπορούν να απελευθερωθούν, να πάψουν να ντρέπονται, να συνάψουν ερωτικές και φιλικές σχέσεις και να αυξήσουν την κοινωνικότητα τους (Nouriani, & Speiegel, 2006).

Επιπλέον, άλλες **διαταραχές** μπορεί να συμβάλουν στην ΠΧΔ. Ένα άτομο που αντιμετωπίζει για παράδειγμα κατάθλιψη ή αγχώδεις διαταραχές κ.α. είναι πιθανό να χρησιμοποιεί το Διαδίκτυο ως ένα μέσο αυτοθεταπείας, έτσι ώστε να αντιμετωπίσει τα συμπτώματα της ψυχοπαθολογίας του (Nouriani, & Speiegel, 2006). Σύμφωνα με μελέτες, σε πολλές περιπτώσεις η **κατάθλιψη** είναι

αυτή που επηρεάζει περισσότερο την ΠΧΔ. Το ευχάριστο κλίμα που προσφέρει το Διαδίκτυο λειτουργεί τις περισσότερες φορές όπως ένα αντικαταθλιπτικό και βοηθά τα καταθλιπτικά άτομα να ξεφύγουν από την κακή διάθεση τους και την μελαγχολία τους (Niemz, Griffiths & Banyar, 2005. Nouriani, & Speiegel, 2006. Shaw & Gant, 2002. Zhou, et all. 2010).

Έρευνες με φοιτητές έχουν δείξει ότι οι ίδιοι κατά την αρχή της φοιτητικής τους ζωής μπορεί να έρθουν αντιμέτωποι με ποικίλα ψυχολογικά προβλήματα, εξαιτίας του περάσματος από την παιδική ηλικία στη ενήλικη ζωή (απόκτηση ανεξαρτησίας, προσαρμογή, λήψη αποφάσεων και ζητήματα ευθύνης). Έτσι, οι φοιτητές μπορεί στραφούν στο Διαδίκτυο για να ανακουφιστούν και να ξεχάσουν τα προβλήματα αυτά (Nouriani, & Speiegel, 2006. Shaw & Gant, 2002. Zhou, et all. 2010).

Άλλος ένα αιτιολογικός παράγοντας είναι η **οικογένεια** (Creemers, Scholte, Engels et al., 2012. Durkee, Kaess, Carli, Parzer, Wasserman, Floderus, et al., 2012). Ο χρήστης είναι πιθανό να βρίσκει καταφύγιο στο Διαδίκτυο με σκοπό να αποφύγει διάφορα προβλήματα, τα οποία συμβαίνουν μέσα στο σπίτι του. Άτομα, λοιπόν, με οικογενειακά προβλήματα είναι πιο πιθανό να εμφανίζουν ΠΧΔ. Οικογένειες με συγκρούσεις δυσκολεύονται στην τήρηση ορίων και κανόνων σχετικά με το Διαδίκτυο. Οι νέοι πολλές φορές αντιδρούν μέσω του Διαδικτύου και ο έλεγχος μέσα στην οικογένεια χάνεται εντελώς. Μελέτες δείχνουν ότι, νέοι από μονογονεϊκές οικογένειες, φαίνεται ότι έχουν μεγαλύτερη τάση για ΠΧΔ (Durkee, et al., 2012). Έρευνες στην Ελλάδα έχουν αποδείξει ότι οι καλές σχέσεις, η επικοινωνία μέσα στην οικογένεια και τα θετικά οικογενειακά πρότυπα βοηθούν τα άτομα να έχουν μία υγιή σχέση με το Διαδίκτυο και να μην κάνουν παθολογική χρήση του (Φιλιόγλου, & Αγγέλη, 2016).

Επίσης, η **κοινωνική πραγματικότητα** μπορεί να αποτελέσει αιτία για την ΠΧΔ (Durkee, et al., 2012. Niemz, Griffiths & Banyar, 2005). Τα συγκεκριμένα πρότυπα που εμφανίζονται στη σημερινή κοινωνία ωθούν τους νέους σε μια εθιστική και παθολογική χρήση του Διαδικτύου. Ο σύγχρονος νέος προσπαθεί συνεχώς να εναρμονιστεί και να ακολουθήσει τα πρότυπα που

προβάλλονται ολοένα και περισσότερο μέσω του Διαδικτύου. Τα πρότυπα αυτά εμφανίζονται στις σελίδες κοινωνικής δικτύωσης όπως Facebook, Instagram, Tweeter κ.α. Έτσι μέσω αυτών το άτομο οδηγείται πολύ πιο εύκολα στην ΠΧΔ, καθώς επιθυμεί να μοιάσει στα άτομα εμφανίζονται στις σελίδες αυτές, αλλά και στους συνομιληκούς του με παρόμοια συμπεριφορά (Durkee, et al., 2012. Niemz, Griffiths & Banyar, 2005).

Οι αιτίες, λοιπόν, για την ΠΧΔ είναι ποικίλες. Αποτελούν σημαντικό παράγοντα πρόβλεψης της διαταραχής αλλά και βοηθούν στη διάγνωσή της.

2.6. Διαγνωστικά κριτήρια

Η διάγνωση της ΠΧΔ συνδέεται με τη διάγνωση που δίνεται από τους ειδικούς για τις διάφορες άλλες εξαρτήσεις (Kaess, et all. 2014). Συγκεκριμένα, τα διαγνωστικά κριτήρια που έχουν αναπτυχθεί για την παθολογική χαρτοπαιξία δίνονται και για την ΠΧΔ.

Η Young (1996) δημιούργησε ένα ψυχομετρικό εργαλείο, το Young's Diagnostic Questionnaire (YDQ), για τη μέτρηση της υπερβολικής χρήσης του Διαδικτύου με οκτώ κριτήρια, τα οποία δανείστηκε από το DSM-IV, για τον παθολογικό τζόγο. Ακολούθησαν και άλλα διαγνωστικά κριτήρια για την ΠΧΔ. Η δημιουργία από τον Brenner (1997) του Internet-Related Addictive Behavior Inventory (IRABI), 32 ερωτήσεων που διαγιγνώσκουν την υπερβολική χρήση του Διαδικτύου και η ανάπτυξη από τον Morahan-Martin & Schumacher (2000) της κλίμακας Pathological Internet Use Scale (PIU), με 13 ερωτήσεις, η οποία χρησιμοποιήθηκε και για την παρούσα έρευνα.

Επομένως, σύμφωνα με τους Kaess, et all., (2014) για να θεωρηθεί ένα άτομο ότι κάνει ΠΧΔ, θα πρέπει να ισχύουν οι ακόλουθες προϋποθέσεις:

1. Το άτομο θα πρέπει να έχει συνέχεια το μυαλό του στο Διαδίκτυο. Δηλαδή θα πρέπει να σκέφτεται συνέχεια τη σύνδεση του στο Διαδίκτυο, την προηγούμενη ή την επόμενη δραστηριότητα του και το τι θα βρει όταν συνδεθεί ξανά.
2. Η ευχαρίστηση και η ικανοποίηση που λαμβάνει θα πρέπει να εξαρτάται από τη χρήση που κάνει στο Διαδίκτυο. Όσο περισσότερες οι ώρες που ξοδεύει το Διαδίκτυο, τόσο περισσότερη θα είναι και η ευχαρίστηση που απολαμβάνει.
3. Όταν το άτομο έχει καταβάλει προσπάθεια να ελέγξει ή να μειώσει ή να σταματήσει την χρήση του Διαδικτύου αλλά δεν τα έχει καταφέρει.
4. Όταν παρουσιάζονται συμπτώματα μελαγχολίας, ανησυχίας και επιθετικής συμπεριφοράς, όταν γίνεται προσπάθεια περιορισμού της χρήσης του Διαδικτύου.
5. Όταν έχουν κινδυνέψει ακαδημαϊκή, επαγγελματική ευκαιρία ή κάποια σημαντική σχέση του ατόμου εξαιτίας της χρήσης του Διαδικτύου.
6. Το άτομο έχει πει ψέμματα σε οικογένεια και φίλους σχετικά με τις ώρες που καταναλώνει στο Διαδίκτυο.
7. Όταν τα κοντινά του άτομα έχουν διαπιστώσει ότι καταναλώνει πολύ χρόνο στο Διαδίκτυο.
8. Όταν το Διαδίκτυο αποτελεί μέσω διαφυγής από τα καθημερινά του προβλήματα.
9. Όταν συνδέεται στο Διαδίκτυο καταναλώνει περισσότερο χρόνο από αυτόν που είχε αρχικά υπολογίσει.

10. Όταν αντιμετωπίζει προβλήματα στον ύπνο, εξαιτίας της χρήσης του Διαδικτύου.

Η διάγνωση της ΠΧΔ είναι καλό να γίνεται από επαγγελματίες και ειδικούς ψυχικής υγείας, ακολουθώντας τη διαδικασία της διαγνωστικής συνέντευξης και τη χρήση διαφόρων ερωτηματολόγιων για συμπληρωματικές πληροφορίες όπως διατυπώθηκε και παραπάνω στη διάγνωση της ΔΕΠΥ (Kaess, et all. 2014). Στην περίπτωση της διάγνωσης της κάθε διαταραχής σημαντικό να ακολουθείται αυτή η διαδικασία. Έτσι ο κλινικός θα μπορεί να έχει μία πλήρη εικόνα των συμπτωμάτων της διαταραχής που έχει ο ασθενής και θα μπορέσει να προβεί στη συνέχεια στην επιλογή και χρήση της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης (Kaess, et all. 2014).

Φαίνεται, λοιπόν, ότι η ΠΧΔ αποτελεί μια πολύπλευρη και σύγχρονη διαταραχή (Ebeling-Witte, Frank, & Lester, 2007). Τα άτομα που την εκδηλώνουν εμφανίζουν μια πληθώρα συμπτωμάτων και η προέλευση της ποικίλει.

Κεφάλαιο 3. ΔΕΠΥ και ΠΧΔ

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία η ΔΕΠΥ συχνά φαίνεται να συννοσует και με άλλες διαταραχές. Μελέτες έχουν δείξει την ύπαρξη μιας σημαντικής, αλλά δυσεξήγητης σχέσης ανάμεσα στη ΔΕΠΥ και σε ένα σύγχρονο παγκόσμιο φαινόμενο την Παθολογική Χρήση του Διαδικτύου (ΠΧΔ) (Kaess, Durkee, Brunner, Carli, Parzer, Wasserman et al. 2014. Kahraman, & Demirci, 2018).

Σύμφωνα με τους Arrizabalaga-Crespo, Aierbe-Barandiaran & Medrano-Samaniego, (2010) περίπου ένα 30% των ατόμων με στοιχεία ΔΕΠΥ, είναι επιρρεπείς στο να βλέπουν τηλεόραση, να ασχολούνται πολλές ώρες στο Διαδίκτυο, να παίζουν βιντεοπαιχνίδια, μειώνοντας την κοινωνική τους δραστηριότητα (Arrizabalaga-Crespo, Aierbe-Barandiaran & Medrano-Samaniego, 2010. Barkley, Murphy & Fischer, 2010). Συγκεκριμένα, φαίνεται ότι άτομα με στοιχεία ΔΕΠΥ εθίζονται στο Διαδίκτυο και προτιμούν να αφιερώσουν ακόμα και όλη τους την ημέρα μπροστά από την οθόνη του Η/Υ τους. Εμφανίζεται, έτσι μια σχέση ανάμεσα στα άτομα με στοιχεία ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ. Για την εξήγηση της σχέσης φαίνεται ότι υπάρχουν πολλοί και διάφοροι παράγοντες (Mohd Isa, et al. 2016).

Μελέτες έχουν δείξει ότι οι βιοψυχοκοινωνικοί μηχανισμοί μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να εξηγήσουν τη συνύπαρξη μεταξύ της ΔΕΠΥ και της ΠΧΔ (Arrizabalaga-Crespo, Aierbe-Barandiaran & Medrano-Samaniego, 2010. Chou, et al. 2015. Dalbudak & Evren, 2014. Mohd Isa, et al. 2016. Li, et al. 2016). Αρχικά, τα άτομα με στοιχεία ΔΕΠΥ μπορεί να έχουν έντονο «το αίσθημα της πλήξης-βαριούνται εύκολα» και «την αποστροφή για καθυστερημένη ανταμοιβή», τα οποία αποτελούν βασικά συμπτώματα της διαταραχής (Arrizabalaga-Crespo, Aierbe-Barandiaran & Medrano-Samaniego, 2010. Chou, et al. 2015. Dalbudak & Evren, 2014. Mohd Isa, et al. 2016. Li, et al. 2016). Το Διαδίκτυο, αντίθετα, χαρακτηρίζεται από ταχεία ανταπόκριση, άμεση ανταμοιβή και πολλαπλά παράθυρα με διαφορετικές δραστηριότητες, τα οποία μπορεί να μειώσουν τα

συναισθήματα της πλήξης ή της αποστροφής για καθυστερημένη ανταμοιβή σε άτομα με συμπτώματα ΔΕΠΥ. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια παρακολούθησης ενός βίντεο ή κατά τη διάρκεια ενός παιχνιδιού στο Διαδίκτυο απελευθερώνεται ντοπαμίνη, γεγονός που μπορεί να βοηθήσει τους παίκτες να επικεντρωθούν στο παιχνίδι και να έχουν καλύτερες επιδόσεις (Mohd Isa, et al. 2016. Li, et al. 2016. Sariyska, et al. 2015. Yoo, Cho, Ha, Yune, Kim, Hwang et al. 2004).

Η έρευνα έχει διαπιστώσει ότι η ενασχόληση με τα social media, μέσω ανταλλαγής μηνυμάτων και άλλων ενασχολήσεων, είναι η πιο συχνή δραστηριότητα των ατόμων στο Διαδίκτυο στην οποία συμμετέχουν άτομα με ΔΕΠΥ (Dalbudak & Evren, 2014). Αυτό συμβαίνει, καθώς τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ έχουν αρνητική επίδραση στις διαπροσωπικές σχέσεις (Mohd Isa, et al. 2016. Li, et al. 2016). Η ανωνυμία του Διαδικτύου μπορεί να καλύψει την διαταραχή των ατόμων και να αντισταθμίσει τις κακές διαπροσωπικές τους σχέσεις, τις οποίες θα βίωναν στον πραγματικό κόσμο. Το Διαδίκτυο μπορεί επίσης να προσφέρει μια “φανταστική” ζωή για αυτούς τους νέους, μέσα στις οποίες μπορούν να πηγαίνουν σε τεχνητές ζωές ή να ζουν τις φαντασιώσεις τους χωρίς αναστολή (Kahraman, & Demirci, 2018).

Επιπλέον άτομα με στοιχεία ΔΕΠΥ μπορεί να έχουν μια ευαισθησία στην τιμωρία και μία επιθυμία και ανταμοιβή και θετική ενίσχυση. Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά δείχνει να επηρεάζουν τη σχέση των ατόμων αυτών με την ΠΧΔ (Chao, Gau, Mao, Shyu, Chen, & Yen, 2008. Diamond 2007, Diamond et al. 2007. Treuer et al., 2001. Sadock, 2007. Yoo et al., 2004).

Συγκεκριμένα, άτομα με συμπτώματα ΔΕΠΥ, αναζητούν την επιβράβευση και τη θετική ενίσχυση και αποφεύγουν την τιμωρία στην καθημερινότητά τους (Yoo et al., 2004). Ο κόσμος του Διαδικτύου προσφέρει στο χρήστη άμεση ανταμοιβή, τον ενισχύει συνεχώς να συνεχίσει τη δραστηριότητα του και αποκλείει σχεδόν πάντα την τιμωρία. Τα άτομα με συμπτώματα ΔΕΠΥ εντοπίζεται να βρίσκουν διέξοδο μέσα στο Διαδίκτυο για να αποφύγουν τον παράγοντα της τιμωρίας, ο οποίος συνδέεται άμεσα με την πραγματική ζωή (Yoo et al., 2004). Η θετική ενίσχυση

και η άμεση ανταμοιβή που δίνει το Διαδίκτυο τονώνει τα άτομα με συμπτώματα ΔΕΠΥ και τα απομακρύνει ολοένα από την πραγματικότητα (Yoo et al., 2004). Μέσα από την έρευνα των Chao, Gau, Mao, Shyu, Chen, & Yen, (2008) φάνηκε ότι υπάρχει μια θετική συσχέτιση της επιθυμίας για ανταμοιβή και της ευαισθησίας στην τιμωρία με την ΠΧΔ σε φοιτητές με ΔΕΠΥ.

Φοιτητές με στοιχεία ΔΕΠΥ, που εμφάνιζαν έντονα τα παραπάνω χαρακτηριστικά, διαπιστώθηκε ότι εμφάνιζαν σοβαρά συμπτώματα εξάρτησης από το Διαδίκτυο σε σύγκριση με άτομα που δεν είχαν τόσο έντονα τα χαρακτηριστικά της επιθυμίας για ανταμοιβή και ευαισθησίας στην τιμωρία (Chao, Gau, Mao, Shyu, Chen, & Yen, 2008). Τέλος, ανάμεσα στα άτομα αυτά, όσα είχαν υψηλότερο το χαρακτηριστικό της επιθυμίας για ανταμοιβή και χαμηλότερο αυτό της ευαισθησίας στην τιμωρία φάνηκε ότι διέτρεχαν μικρότερο κίνδυνο για ΠΧΔ απ' ότι τα άτομα με υψηλότερο το χαρακτηριστικό της ευαισθησίας στην τιμωρία και χαμηλότερο της επιθυμίας για ανταμοιβή (Yen et al., 2009).

Ενήλικες με στοιχεία ΔΕΠΥ υπάρχει περίπτωση να έχουν προδιάθεση για ευαισθησία στην υψηλή διέγερση που προσφέρουν τα διαδικτυακά παιχνίδια, εξαιτίας του χαρακτηριστικού τους για επιθυμία ανταμοιβής (Van De Voorde et al., 2010. Volkow et al., 2009). Τα περισσότερα παιχνίδια είναι κατασκευασμένα έτσι ώστε να υπάρχει ένα κίνητρο για να φτάσει ο παίκτης στο επόμενο επίπεδο. Το κίνητρο αυτό αποτελεί σημαντικό κίνητρο ανταμοιβής για τους νέους με ΔΕΠΥ. Επιπλέον, στα παιχνίδια αυτά οι ταχέως μεταβαλλόμενες οθόνες θέτουν ελάχιστες απαιτήσεις στην προσοχή αλλά και στη μνήμη εργασίας του χρήστη και ενισχύουν την παρορμητικότητά του, γεγονός που βοηθά τα άτομα με στοιχεία ΔΕΠΥ (Van De Voorde et al., 2010. Volkow et al., 2009). Έτσι τα άτομα με στοιχεία ΔΕΠΥ τείνουν να εθίζονται στα παιχνίδια του Διαδικτύου, λόγω των ευκολιών που αυτό προσφέρει στα ίδια.

Τα παιχνίδια αυτά έρχονται να αντικαταστήσουν τις άλλες δραστηριότητες που θα μπορούσαν να απασχολήσουν τα άτομα, όπως για παράδειγμα, τον αθλητισμό, τη μουσική, τις τέχνες κ.α. Η

ενασχόληση του ατόμου με αυτές θα το βοηθούσε στην ανάπτυξη προσοχής, αυτοέλεγχου, τις ομαδικές δεξιότητες και την κοινωνικοποίηση του. Το άτομο χάνει επίσης, ευκαιρίες για ενίσχυση της πρακτικής μνήμης, υπομονής, και εκτελεστικής λειτουργίας (Carli, Durkee, Wasserman, Hadlaczky, Despalins, Kramarz, et al. 2012. Dalbudak et al., 2013. Diamond, 2007. Diamond et al., 2007).

Επιπλέον, μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται ότι το χαρακτηριστικό της παρορμητικότητας στα άτομα με στοιχεία ΔΕΠΥ, συσχετίζεται θετικά με την ΠΧΔ (Arrizabalaga-Crespo, Aierbe-Barandiaran & Medrano-Samaniego, 2010. Malloy-Diniz et al., 2007. Mazhari, 2012).

Συγκεκριμένα, αναφέρεται ότι ο εθισμός στο Διαδίκτυο δεν αποτελεί μόνο έναν συμπεριφοριστικό εθισμό αλλά έχει εννοηθεί ως μια διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων (Mazhari, 2012. Treuer et al., 2001. Sadock, 2007). Άτομα, τα οποία είναι εθισμένα στο Διαδίκτυο φαίνεται να έχουν υψηλό επίπεδο παρορμήσεως, αλλά και το αντίστροφο, στα άτομα με στοιχεία ΔΕΠΥ το χαρακτηριστικό της παρορμητικότητας δείχνει να αποτελεί έναν δείκτη ευαισθησίας στον εθισμό στο Διαδίκτυο. Ακόμα, ενήλικες με ΔΕΠΥ και ΠΧΔ έχουν περισσότερα σημάδια παρορμητικότητας σε σχέση με άλλους ενήλικες που έχουν διεγνωσθεί με ΔΕΠΥ μόνο (Carli, Durkee, Wasserman, Hadlaczky, Despalins, Kramarz, et al. 2012. Dalbudak et al., 2013. Malloy-Diniz et al., 2007).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που παίζει σημαντικό στη σχέση ανάμεσα στη ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ, είναι η αναζήτησή της καινοτομίας ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου (Cao, Su, Liu, & Gao, 2007). Μελέτες εντοπίζουν την αναζήτηση της καινοτομίας ως βασικό χαρακτηριστικό όσον αφορά τη συσχέτιση με την ΠΧΔ. Ενήλικες με στοιχεία ΔΕΠΥ μπορεί να έχουν έντονο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας τους την αναζήτησή καινοτομίας και με αυτόν τον τρόπο δείχνουν να είναι περισσότερο ευάλωτοι στην ΠΧΔ (Don-francesco et al., 2015).

Όσον αφορά τους παράγοντες ηλικία και φύλο, φαίνεται ότι έχουν διχάσει την διεθνή επιστημονική κοινότητα. Κάποιες μελέτες έχουν δείξει ότι όσο μεγαλώνει το άτομο με στοιχεία ΔΕΠΥ τόσο μειώνεται η πιθανότητα να εμφανίσει συμπτώματα ΠΧΔ, και ότι οι άντρες φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς στην ΠΧΔ (Garcia, Bau, Silva, et al, 2012). Αντίθετα σύμφωνα με τους Chao, Gau, Mao, Shyu, Chen, & Yen, (2008), Faraone, & Biederman, (2005), Kooij, et al., (2005) και Li, et all., (2016) η ηλικία και το φύλο δείχνουν να μην επηρεάζουν τη σχέση ανάμεσα στη ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ.

Διάφορες διεθνείς έρευνες έχουν εστιάσει στην σχέση της ΔΕΠΥ με την ΠΧΔ. Μέσα από αυτές φαίνεται να υπάρχει σημαντική συσχέτιση ανάμεσά τους.

Σε μια μελέτη που έλαβε χώρα το 2016 στην Κίνα, ερευνήθηκε η σχέση ανάμεσα στην ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ (Li, et all. 2016). Σκοπός της μελέτης αυτής ήταν να δοκιμαστούν οι συσχετισμοί των συμπτωμάτων ΠΧΔ με τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, Απροσεξία, Παρορμητικότητα, Υπερκινητικότητα, και την αναζήτησή καινοτομίας. Οι συμμετέχοντες ήταν Κινέζοι πανεπιστημιακοί φοιτητές με στοιχεία ΔΕΠΥ. Συνολικά 146 ενήλικες ηλικίας μεταξύ 19 και 33 ετών συμμετείχαν στη μελέτη αυτή. Οι συμμετέχοντες αξιολογήθηκαν με την κινεζική εκδοχή της κλίμακας ενηλίκων με ΔΕΠΥ Self-Report (ASRS), την αναθεωρημένη κλίμακα εξάρτησης Internet Chen (CIAS-R) και την κλίμακα εμπιστοσύνης Barratt 11 (BIS-11). Φάνηκε ότι το φύλο και η ηλικία δεν έπαιξαν κάποιο ρόλο στις παραμέτρους της μελέτης. Τα αποτελέσματα της ανάλυσης ιεραρχικής παλινδρόμησης έδειξαν ότι, πρώτα η Παρορμητικότητα και μετά η αναζήτηση καινοτομίας ήταν σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της ΠΧΔ σε ενήλικες με στοιχεία ΔΕΠΥ (Li, et all. 2016).

Η έρευνα των Sariyska, et all., (2015) στόχευε στον εντοπισμό της σχέσης της ΔΕΠΥ με την ΠΧΔ και την συμβολή που έχει η κατάθλιψη σε αυτή τη σχέση. Καθώς οι περισσότερες μελέτες για το θέμα αυτό έχουν διεξαχθεί στην Ασία, ο σκοπός αυτής της έρευνας ήταν να επικεντρωθεί στον

γερμανικό πληθυσμό. Στην έρευνα συμμετείχαν 895 συμμετέχοντες από την Γερμανία (413 άνδρες, 482 γυναίκες). Οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν το Ερωτηματολόγιο Pathological Internet Use (PIU) για την ΠΧΔ, το Ερωτηματολόγιο Κατάθλιψης BDI και την γερμανική εκδοχή της Κλίμακας Αυτο-Αναφοράς Ενηλίκων ADHD (ASRS). Οι άνδρες συμμετέχοντες είχαν υψηλότερες βαθμολογίες στην ΠΧΔ από τις γυναίκες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, φάνηκε να υπάρχει θετική συσχέτιση της ΔΕΠΥ με την ΠΧΔ και την Κατάθλιψη. Ειδικότερα, εντοπίστηκε ότι η Απροσεξία μπορεί να προβλέψει καλύτερα την ΠΧΔ. Σύμφωνα με τους ερευνητές τα αποτελέσματα αυτά δείχνουν ότι τα άτομα με στοιχεία ΔΕΠΥ κάνουν ΠΧΔ, καθώς χρησιμοποιούν το Διαδίκτυο ως στρατηγική αντιμετώπισης προκειμένου να αντισταθμίσουν ορισμένες δυσλειτουργίες λόγω της ΔΕΠΥ, όπως για παράδειγμα χαμηλή αυτοεκτίμηση, απροσεξία, έλλειψη κοινωνικών δεξιοτήτων και διαπροσωπικές δυσκολίες. Επιπλέον, στους ενήλικες παρατηρείται πιο έντονο το χαρακτηριστικό της Απροσεξίας σε σχέση με τις άλλες διαστάσεις της ΔΕΠΥ (Υπερκινητικότητα, Παρορμητικότητα). Αυτό μπορεί να εξηγεί το γεγονός ότι η Απροσεξία προβλέπει καλύτερα την ΠΧΔ. (Sariyska, et all., 2015).

Σε μελέτη που διεξήχθη στην Τουρκία, διερευνήθηκε η σχέση που έχει η ΠΧΔ με το σύμπτωμα της Υπερκινητικότητας της ΔΕΠΥ, αλλά και η επίδραση της Κατάθλιψης, των χαρακτηριστικών της προσωπικότητας, και του άγχους (Dalbudak & Evren, 2014). Στη μελέτη αυτή συμμετείχαν 271 Τούρκοι πανεπιστημιακοί φοιτητές. Οι φοιτητές αυτοί αξιολογήθηκαν μέσω της Κλίμακας Εξάρτησης από το Διαδίκτυο (IAS), της Σύντομης Κλίμακας Βαθμολόγησης Wender (WURS-25), της τουρκικής εκδοχής της Κλίμακας Αυτο-Αναφοράς Ενηλίκων ADHD (ASRS), του Αναθεωρημένου Ερωτηματολογίου για την Προσωπικότητα Eysenck (EPQR- A), του Ερωτηματολογίου της Κατάθλιψης (BDI) και του Ερωτηματολογίου Άγχους (BAI). Δεν υπήρχαν στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις ανάμεσα στο φύλο και τις παραμέτρους της μελέτης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι η ΠΧΔ συσχετίζεται θετικά με την Υπερκινητικότητα, την

Κατάθλιψη και το άγχος. Η ανάλυση ιεραχικής παλινδρόμησης έδειξε ότι η Κατάθλιψη και η Υπερκινητικότητα μπορούν να προβλέψουν την ΠΧΔ (Dalbudak & Evren, 2014).

Φαίνεται, λοιπόν, ότι εμφανίζεται μια θετική συσχέτιση ανάμεσα στην ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ. Αυτό που διαφοροποιεί την μία έρευνα από την άλλη είναι το χαρακτηριστικό της ΔΕΠΥ που μπορεί να προβλέψει καλύτερα την ΠΧΔ. Πολλές μελέτες έχουν εστιάσει στην Απροσεξία, άλλες στην Παρορμητικότητα και άλλες στο χαρακτηριστικό της Υπερκινητικότητας. Επομένως, είναι σημαντικό να εξεταστούν περαιτέρω οι σχέσεις της ΠΧΔ με την Απροσεξία, την Παρορμητικότητα και την Υπερκινητικότητα.

Κεφάλαιο 4. Καταθλιπτική Διαταραχή

4.1. Εννοιολογική αποσαφήνιση του όρου Κατάθλιψη

Σύμφωνα με έρευνες, άτομα με στοιχεία ΔΕΠΥ είναι πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα Κατάθλιψης κατά τη διάρκεια της ενήλικης ζωής τους (Chao, Gau, Mao, et al., 2008. Daviss, 2018. Fischer, et al. 2007). Σχετικά με το Διαδίκτυο η σχέση του με την Κατάθλιψη είναι μια σχέση αλληλεπίδρασης. Συγκεκριμένα, άτομα που κάνουν μια Παθολογική Χρήση του Διαδικτύου είναι πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα Κατάθλιψης. Αλλά και το αντίστροφο, καταθλιπτικά άτομα να εμφανίσουν μια έντονη- Παθολογική ενασχόληση με το Διαδίκτυο (Chao, Gau, Mao, et al., 2008). Φαίνεται, μέσα από έρευνες, ότι η Κατάθλιψη μπορεί να επιδρά στη σχέση ανάμεσα στην ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ (Chao, Gau, Mao, et al., 2008. Fischer, et al. 2007. Mohd Isa, et all. 2016. Li, et all. 2016. Sariyska, et all. 2015). Επομένως είναι σημαντικό να γίνει μια βιβλιογραφική ανασκόπηση όσον αφορά τον ορισμό και τα διαγνωστικά κριτήρια που έχει ένα άτομο με καταθλιπτική διαταραχή, όπως και τη συννοσηρότητά της με την ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ.

Σύμφωνα με την ορολογία που χρησιμοποιείται στην ψυχιατρική και στην ψυχολογία σχετικά με την Κατάθλιψη, ο όρος αφορά μια συγκεκριμένη νόσο, μια διαταραχή η οποία δημιουργεί έναν συνδυασμό από συμπτώματα που δεν συναντάται σε καμία άλλη νόσο. Οι επαγγελματίες ψυχικής υγείας ονομάζουν αυτούς τους συγκεκριμένους συνδυασμούς συμπτωμάτων, ως σύνδρομα (Chao, Gau, Mao, et al., 2008. Fischer, et al. 2007). Η Κατάθλιψη είναι μια ψυχική διαταραχή, η οποία αφορά τη δυσλειτουργία της ψυχικής διάθεσης του ασθενούς. Ένα από τα βασικά χαρακτηριστικά της είναι η άσχημη, πεσμένη διάθεση του ασθενούς, που λόγω αυτού το σύνδρομο ονομάστηκε έτσι. Το χαρακτηριστικό αυτό δεν αποτελεί το μοναδικό σύμπτωμα της συγκεκριμένης διαταραχής και πολλές φορές είναι δυνατόν να απουσιάζει (Chao, Gau, Mao, et al., 2008. Fischer, et al. 2007).

Η διαταραχή συνδέεται επίσης, με την ανικανότητα εύρεσης οποιασδήποτε ευχαρίστησης στην καθημερινότητα, χαμηλή αυτοεκτίμηση, αβεβαιότητα για το μέλλον, παραίτηση από κοινωνικές σχέσεις και σωματικά συμπτώματα π.χ. προβλήματα στον ύπνο.

Η Κατάθλιψη όπως και οι υπόλοιπες διαταραχές διαθέτει διαγνωστικά κριτήρια, αιτιολογικούς παράγοντες, οι οποίοι συμβάλλουν στην εμφάνιση της, μια συγκεκριμένη πορεία και θεραπεία.

Είναι πολύ σημαντικό να γίνει αναφορά στα κριτήρια που πρέπει να πληροί το άτομο, με σκοπό να διαγνωσθεί με καταθλιπτική διαταραχή (Chao, Gau, Mao, et al., 2008).

4.2 Διαγνωστικά κριτήρια

Τα διαγνωστικά κριτήρια της Κατάθλιψης περιγράφονται από το διαγνωστικό εγχειρίδιο ψυχικών διαταραχών, DSM-V σε συνδυασμό πάντα με την προσωπική εκτίμηση του ειδικού ψυχικής υγείας που έχει αναλάβει τη διαγνωστική συνέντευξη του ασθενούς (Chao, Gau, Mao, et al., 2008).

Σύμφωνα με το DSM-V η διάγνωση για τον ασθενή ορίζεται ως Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή (APA, 2013). Για να δοθεί η διάγνωση πρέπει να πληρούνται τα εξής κριτήρια :

A) Πέντε ή περισσότερα από τα παρακάτω συμπτώματα, τα οποία συνυπάρχουν για 2 εβδομάδες και συνιστούν μια αλλαγή από την προηγούμενη καθημερινή λειτουργικότητα του ατόμου. Τουλάχιστον ένα από τα συμπτώματα είναι είτε : 1) καταθλιπτική διάθεση είτε 2) απώλεια ενδιαφέροντος ή ευχαρίστησης. Τα συμπτώματα που οφείλονται σε κάποια άλλη ιατρική κατάσταση δεν συμπεριλαμβάνονται.

- 1) Καταθλιπτική διάθεση στο μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας, σχεδόν κάθε μέρα, η οποία διάθεση αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική αναφορά (π.χ. νιώθει θλίψη, απελπισία), είτε από παρατηρήσεις τρίτων. (π.χ. εμφανίζεται δακρυσμένος). ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Σε παιδιά και εφήβους μπορεί να είναι ευερέθιστη διάθεση.

- 2) Δραστική μείωση των ενδιαφερόντων του ατόμου ή ευχαρίστησης, σχεδόν σε όλες τις δραστηριότητες, σχεδόν κάθε μέρα, η οποία αποκαλύπτεται είτε από υποκειμενική αναφορά, είτε από παρατηρήσεις τρίτων.
- 3) Σημαντική απώλεια βάρους χωρίς περιορισμό της τροφής ή αύξηση βάρους ή ελάττωση ή αύξηση της όρεξης, σχεδόν κάθε μέρα. ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Σε παιδιά σημαντικό έλλειμμα στην αναμενόμενη αύξηση βάρους-ανάπτυξη.
- 4) Αϋπνία ή υπερυπνία, σχεδόν κάθε μέρα.
- 5) Ψυχοκινητική διέγερση ή επιβράδυνση, σχεδόν κάθε μέρα, η οποία αποκαλύπτεται όχι μόνο από υποκειμενική αναφορά, αλλά και από παρατηρήσεις άλλων.
- 6) Κόπωση ή έλλειψη ενεργητικότητας σχεδόν κάθε μέρα.
- 7) Αίσθημα ματαιότητας ή υπερβολής ή αδικαιολόγητης ενοχής, (τα οποία μπορεί να είναι παραληρητικού τύπου), σχεδόν κάθε μέρα (όχι μόνο αυτομομφή και ενοχή σχετικά με το ότι είναι ασθενής)
- 8) Μειωμένη ικανότητα στη σκέψη, στη συγκέντρωση, στην προσοχή, ή στην αποφασιστικότητα, σχεδόν κάθε μέρα, η οποία αποκαλύπτεται όχι μόνο από υποκειμενική αναφορά, αλλά και από παρατηρήσεις άλλων.
- 9) Επαναλαμβανόμενες σκέψεις θανάτου (όχι μόνο φόβος θανάτου), επαναλαμβανόμενος αυτοκτονικός ιδεασμός χωρίς συγκεκριμένο σχέδιο ή απόπειρα αυτοκτονίας ή συγκεκριμένο σχέδιο εκτέλεσης αυτοκτονίας.

B) Τα συμπτώματα προκαλούν κλινικά σημαντικό άγχος ή μείωση της κοινωνικής, επαγγελματικής ή άλλης σημαντικής λειτουργικότητας

Γ) Το επεισόδιο δεν αποδίδεται σε παθοφυσιολογικές επιδράσεις μιας ουσίας ή κάποιας άλλης ιατρικής κατάστασης.

** Τα κριτήρια Α και Γ αντιστοιχούν σε μείζων καταθλιπτικό επεισόδιο (DSM-5, 2013).

Η Κατάθλιψη- Μείζων Καταθλιπτική Διαταραχή, αποτελεί μια διαταραχή διάθεσης, η οποία

εμφανίζεται στον ασθενή προκαλώντας του μια σειρά συμπτωμάτων (Daviss, 2018). Για να προβεί ο ειδικός ψυχικής υγείας στη διάγνωση της διαταραχής είναι σημαντικό να λάβει υπόψιν του, τόσο τα διαγνωστικά κριτήρια της διαταραχής, όσο και την δική του προσωπική άποψη για την κλινική εικόνα του ασθενούς. Με αυτό τον τρόπο διευκολύνεται στην επιλογή και εφαρμογή της κατάλληλης θεραπευτικής παρέμβασης, αλλά και στον έλεγχο για την ύπαρξη άλλων διαταραχών που μπορεί να συννοσηρούν με την Κατάθλιψη.

4.3. Επίδραση της Κατάθλιψης στη σχέση της ΔΕΠΥ με την ΠΧΔ

Η Κατάθλιψη είναι πιθανό να συσχετίζεται θετικά με άλλες ψυχικές διαταραχές. Έρευνα που έγινε στην Αμερική έδειξε ότι το 60% των ατόμων με Μείζον Καταθλιπτική Διαταραχή εμφάνισαν και άλλες ψυχικές νόσους. Κάποιες από τις πιο συνηθισμένες είναι, οι αγχώδεις διαταραχές, οι διατροφικές διαταραχές και η ψυχαναγκαστική-καταναγκαστική διαταραχή (Boadie, Wu, & Helms, 2018. Ryu, Lee, Choi et al., 2018).

Μέσα από μελέτες η Κατάθλιψη φαίνεται να έχει σημαντική συσχέτιση με τη ΔΕΠΥ σε ποσοστό 30-40%, με την ΠΧΔ, αλλά και να συμβάλει στη μεταξύ τους σχέση σε ποσοστό 20-30% (Eck, Morse, & Flory 2015. Oddo, Knouse, Surman & Safren, 2018).

Όσον αφορά τη ΔΕΠΥ, φαίνεται να συμπεριλαμβάνεται στη διάγνωση νέων ατόμων που παρουσιάζουν συμπτώματα Μείζονος Καταθλιπτικής Διαταραχής (Sariyska, et all. 2015). Η σχέση της Κατάθλιψης με τη ΔΕΠΥ φαίνεται να είναι πολύ στενή, όπως αναφέρουν οι (Eck, Morse, & Flory, 2015). Συγκεκριμένα, σύμφωνα με (Ryu, Lee, Choi, et al., 2018) τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ, ιδιαίτερα εκείνα που σχετίζονται με την Απροσεξία, συχνά εμφανίζονται σε ασθενείς με διαταραχές της διάθεσης. Σύμφωνα με την επιδημιολογική μελέτη των Liu et al., (2018) εκτιμάται ότι νέα άτομα με Μείζονα Καταθλιπτική Διαταραχή, τα οποία έχουν κάνει τουλάχιστον ένα μείζον καταθλιπτικό επεισόδιο, έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο να εμφανίσουν συμπτώματα Απροσεξίας παρά άτομα που δεν έχουν πραγματοποιήσει κάποιο επεισόδιο (Liu et al., 2018).

Έρευνες έχουν δείξει ότι ο συνδυασμός Κατάθλιψης με ΔΕΠΥ δημιουργεί μεγαλύτερες επιπτώσεις στους ασθενείς. Ειδικά, ασθενείς με συνυπάρχουσα Κατάθλιψη και ΔΕΠΥ έχουν μεγαλύτερα επίπεδα εξασθένησης από εκείνα με την εμφάνιση μιας μόνο διαταραχής (Roma et al., 2018). Επιπλέον, νέοι με Κατάθλιψη/ΔΕΠΥ διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο υποτροπών σε σχέση με νέους που έχουν μόνο μία από αυτές (Roma et al., 2018. Vries et al., 2018).

Όσον αφορά την ΠΧΔ, έρευνες δείχνουν ότι η Κατάθλιψη αποτελεί έναν από τους ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται μαζί της (Eck, Morse, & Flory, 2015 Oddo, Knouse, Surman & Safren, 2018). Σε μια μελέτη, με συμμετέχοντες φοιτητές ασθενείς με ΠΧΔ, το 7% των ασθενών εμφάνισαν συμπτώματα Μείζον Καταθλιπτικής Διαταραχής (Roma et al., 2018). Άλλη μελέτη έδειξε ότι φοιτητές με συμπτώματα Κατάθλιψης, έτειναν να κάνουν έντονη χρήση του Διαδικτύου με σκοπό να αποφεύγουν τα αρνητικά συναισθήματα, τις δυσκολίες της καθημερινότητας τους και να αναζητούν συναισθηματική υποστήριξη μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης (Anagnostopoulos et al., 2018. Boadie, Wu, & Helms, 2018. Eck, Morse, & Flory, 2015. Oddo, Knouse, Surman & Safren, 2018. Ryu et al., 2018).

Επίσης, σύμφωνα με τους Μαραγκού, Σίμος & Κατσικίδου, (2015), η ΠΧΔ συνδέεται με την Κατάθλιψη και φαίνεται ότι η τελευταία μπορεί να προβλέψει καλύτερα την ΠΧΔ σε άτομα νεαρής ηλικίας.

Επιπλέον, έρευνα των Ryu et al., (2018) αναφέρει ότι φοιτητές, οι οποίοι ήταν εθισμένοι στο Διαδίκτυο και συγκεκριμένα στα τυχερά παιχνίδια που αυτό προσφέρει, είχαν την τάση να είναι πιο καταθλιπτικοί από όσους χρησιμοποιούσαν τα παιχνίδια αυτά με μέτρο (Ryu et al., 2018).

Πέρα όμως από τη συσχέτιση της Κατάθλιψης με τη ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ, εντοπίζεται ότι η Κατάθλιψη επιδρά και στην μεταξύ τους σχέση. Σύμφωνα με τους Ha et al., (2007) κατά την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ΔΕΠΥ και ΠΧΔ, φάνηκε ότι πιθανά συμπτώματα Κατάθλιψης των συμμετεχόντων, όπως αρνητική διάθεση, έλλειψη ευχαρίστησης και όρεξης για ζωή, επιδρούσαν στη σχέση της ΔΕΠΥ με την ΠΧΔ. Ο λόγος για αυτά τα ευρήματα μπορεί να είναι ότι οι φοιτητές

με συμπτώματα ΔΕΠΥ ήταν περισσότερο ευάλωτοι στον εθισμό από το Διαδίκτυο όταν παρουσίαζαν ταυτόχρονα και κάποια συμπτώματα Κατάθλιψης, όπως αρνητική διάθεση, έλλειψη ευχαρίστησης και όρεξης για ζωή (Ha et al., 2007).

Μέσα από τη βιβλιογραφία φαίνεται, λοιπόν, ότι η Κατάθλιψη παρουσιάζει θετική συσχέτιση στη με τη ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ και συμβάλλει στη μεταξύ τους σχέση.

Κεφάλαιο 5. Σκοπός της εργασίας

Η διερεύνηση της σχέσης των μεταβλητών ΔΕΠΥ και ΠΧΔ, καθώς και η πιθανή συμβολή της Κατάθλιψης, φαίνεται να είναι πολύ σημαντική, όπως προκύπτει από τη μελέτη της βιβλιογραφίας. Οι συγκεκριμένες μεταβλητές απασχολούν πολύ την σημερινή κοινωνία και η σχέση τους εγείρει το ενδιαφέρον (Mohd Isa, Hashim, Kaur & Ng, 2016. Li, Zhang, Xiao & Nie, 2016. Sariyska, Reuter, Lachmann & Montag, 2015). Τα συμπτώματα που προκαλούν στους ενήλικες φαίνεται να τους επηρεάζουν τόσο σε προσωπικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο Vogel, et all. 2018. Weiss, Hechtman & Weiss, 1999. Young & Newland, 2002). Η δυσεξήγη αυτή σχέση, λοιπόν, δίνει το έναυσμα για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση της σχέσης ανάμεσα στη Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) και την Παθολογική Χρήση του Διαδικτύου (ΠΧΔ), ελέγχοντας την πιθανή συμβολή της κατάθλιψης. Οι Ερευνητικοί Στόχοι της έρευνας είναι οι εξής:

- Να διερευνηθεί η σχέση ανάμεσα στη ΔΕΠΥ και στη ΠΧΔ.
- Να εξετασθεί η σχέση της ΠΧΔ με την κάθε υποκλίμακα του ερωτηματολογίου της ΔΕΠΥ ξεχωριστά (Απροσεξία, Υπερκινητικότητα, Παρορμητικότητα).
- Να εξετασθεί η πιθανή συμβολή της κατάθλιψης στη σχέση της ΔΕΠΥ με την ΠΧΔ.

Κεφάλαιο 6. Ερευνητική Μεθοδολογία

6.1. Το Δείγμα

Τα Δεδομένα της έρευνας συγκεντρώθηκαν από 373 φοιτητές, μέσω διαδικτυακής έρευνας. Το δείγμα είναι κοινοτικό. Το ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπλήρωσαν οι συμμετέχοντες ήταν ανώνυμο. Συνολικά έλαβαν μέρος στην έρευνα 373 άτομα, στα οποία στάλθηκε το ερωτηματολόγιο είτε μέσω του ηλεκτρονικού τους ταχυδρομίου, email, είτε στον λογαριασμό τους στη σελίδα κοινωνικής δικτύωσης Facebook. Η ηλικία των συμμετεχόντων κυμάνθηκε μεταξύ 18 και 39 ετών (Μ.Τ.=22, Τ.Α.=3,6) (βλ. Πίνακα 1). Όσον αφορά το φύλο των συμμετεχόντων, οι 127 (34%) ήταν άνδρες και 254 (68%) γυναίκες. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν απολύτως προαιρετική και δεν χρησιμοποιήθηκαν κίνητρα. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν επί μια περίοδο ενός μήνα (Ιανουάριος-Φεβρουάριος 2020).

Πίνακας 2. *Ηλικία των συμμετεχόντων*

	<i>N</i>	<i>Μικρότερη</i>	<i>Μεγαλύτερη</i>	<i>Μ.Τ.</i>	<i>Τ.Α.</i>
Ηλικία	373	18	39	22	3,68

6.2. Εργαλεία

Τα εργαλεία που επιλέχθηκαν για τη διεξαγωγή της έρευνας είναι το ερωτηματολόγιο για τον έλεγχο της ΔΕΠΥ-IDAA, το ερωτηματολόγιο για τον έλεγχο της Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου-PIU, και η υποκλίμακα της Κατάθλιψης του ερωτηματολογίου DASS-21.

Αναλυτικότερα τα εργαλεία, τα οποία συμπλήρωσαν οι συμμετέχοντες είναι τα εξής:

Instrumente zur Diagnose der Adulten ADHS (IDDA)

Για τον εντοπισμό συμπτωμάτων Διάσπασης Προσοχής- Υπερκινητικότητας σε ενήλικο πληθυσμό χορηγήθηκε το ερωτηματολόγιο Instrumente zur Diagnose der Adulten ADHS (IDAA) (Roesler, et

al., 2003). Το IDAA αποτελεί ένα εργαλείο, το οποίο κατασκευάστηκε και σταθμίστηκε στη Γερμανία, λαμβάνοντας υπόψη τα διαγνωστικά κριτήρια του DSM-IV και του ICD-10. Το ίδιο περιλαμβάνει 22 ερωτήματα, τα οποία βαθμολογούνται σε μία τετραβάθμια κλίμακα τύπου Likert (0 = Ποτέ, 1 = Σπάνια, 2 = Συχνά, 3 = Σχεδόν πάντα). Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου είναι υψηλός (Cronbach $\alpha = 0.87$), ενώ εξάγονται τρεις παράγοντες: Απροσεξία ($\alpha = 0.84$), Υπερκινητικότητα ($\alpha = 0.82$) και Παρορμητικότητα ($\alpha = 0.75$). Οι ερωτήσεις 0-9 αφορούν την υποκλίμακα της Απροσεξίας, οι ερωτήσεις 10-14 την υποκλίμακα της Υπερκινητικότητας, και οι ερωτήσεις 15-18 αφορούν την υποκλίμακα της Παρορμητικότητας. Οι υπόλοιπες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου IDAA, αφορούν τα διαγνωστικά κριτήρια σχετικά με 1) την ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων, 2) τα περιβάλλοντα στα οποία εμφανίζονται τα συμπτώματα 3) η δυσφορία που προκαλούν και 4) τα προβλήματα λειτουργικότητας που προκαλούν (Σοφianoπούλου, 2007).

Για τη χρήση του ερωτηματολογίου στην έρευνα της Σοφianoπούλου, (2007) ακολουθήθηκε η διαδικασία της μετάφρασης και στη συνέχεια της αντίστροφης μετάφρασης, η οποία έγινε από καθηγητή Γερμανικών - μεταφραστή, ο οποίος είναι δίγλωσσος και ζει στην Ελλάδα. Ο δείκτης εσωτερικής συνέπειας Cronbach α υπολογίστηκε στο 0.89 για τις 22 ερωτήσεις και με αριθμό δείγματος $N = 852$. Για τους τρεις επιμέρους παράγοντες οι δείκτες εσωτερικής αξιοπιστίας είναι ικανοποιητικοί, χωρίς όμως να είναι το ίδιο υψηλοί με το γερμανικό δείγμα: διάσπαση ($\alpha = 0.75$), υπερκινητικότητα ($\alpha = 0.77$) και παρορμητικότητα ($\alpha = 0.76$). Επειδή ο μέσος όρος του δείγματος στο ερωτηματολόγιο αυτό υπολογίστηκε στο 18,5, είναι προφανές ότι δε μπορούμε να χρησιμοποιήσουμε την τιμή-ουδό 15 που προτείνεται από τους κατασκευαστές του ερωτηματολογίου. Ως τιμή ουδός ορίστηκε η τιμή 30, η οποία βρίσκεται μιάμιση τυπική απόκλιση πάνω από το μέσο όρο.

Παραδείγματα ερωτήσεων: Δεν ακούω προσεκτικά όταν κάποιος μου μιλάει.

Αποσπάται εύκολα η προσοχή μου όταν εκτελώ δραστηριότητες.

Pathological Internet Use (PIU)

Για την μελέτη της Παθολογικής Χρήσης του Διαδικτύου χρησιμοποιήθηκε το μεταφρασμένο στα ελληνικά Pathological Internet Use (PIU) (Morahan-Martin & Schumacher, 2000). Το ερωτηματολόγιο αυτό περιλαμβάνει 13 ερωτήσεις, οι οποίες βαθμολογούνται με μία πεντάβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0= Καθόλου, 1= Λίγο, 2= Αρκετά, 3= Πολύ, 4= Πάρα πολύ). Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου είναι υψηλός Cronbach $\alpha = 0.88$ (Morahan-Martin & Schumacher, 2000). Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου αξιολογούν τις ενδείξεις ότι η χρήση του Διαδικτύου προκαλεί ακαδημαϊκά, εργασιακά ή διαπροσωπικά προβλήματα, δυσφορία, συμπτώματα ανοχής και διαταραχές της χρήσης του Διαδικτύου (Morahan-Martin & Schumacher, 2000). Σύμφωνα με τους Morahan-Martin & Schumacher, (2000) οι παθολογικοί χρήστες του Διαδικτύου πιθανότατα θα είναι άνδρες, τεχνολογικά εξελιγμένοι, θα χρησιμοποιούν διαδραστικές δραστηριότητες, όπως διαδικτυακά παιχνίδια και μέσα κοινωνικής δικτύωσης. Επιπλέον, θεωρούν ότι οι παθολογικοί χρήστες είναι πιο πιθανό να είναι μοναχικοί και να κοινωνικοποιούνται μόνο μέσω του Διαδικτύου. Οι παθολογικοί χρήστες τέλος, αισθάνονται δυσφορικά και αποσύρονται από την πραγματική ζωή.

Παράδειγμα ερωτήσεων: Μου έχουν πει ότι ξοδεύω πάρα πολύ χρόνο στο διαδίκτυο.

Νιώθω ενοχές για το χρόνο που ξοδεύω στο διαδίκτυο.

Depression Anxiety Stress Scales (DASS 21)

Για τη διερεύνηση της Κατάθλιψης χρησιμοποιήθηκε η υποκλίμακα της Κατάθλιψης του ερωτηματολογίου Depression Anxiety Stress Scales (DASS 21) (Lovibond & Lovibond, 1995). Το τεστ έχει σταθμιστεί σε δείγμα 537 ατόμων (178 άνδρες & 349 γυναίκες, 12 δεν απάντησαν) 17 έως 67 ετών από όλη την Ελλάδα (Lyraeos, Arvaniti, Smyrnioti, & Kostopanagioutou, 2011).

Το ερωτηματολόγιο διαθέτει καλή εγκυρότητα περιεχομένου καθώς και καλή δομική εγκυρότητα αφού η ανάλυση σε κύριες συνιστώσες των 42 ερωτημάτων έδωσαν τρεις παράγοντες με ιδιοτιμές πάνω από 1 που μετρούσαν το 56% της διακύμανσης και οι ενδοσυσχετίσεις κυμάνθηκαν από

0,425 έως 0,805 για την κάθε υποκλίμακα.

Το παρόν ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 21 θέματα το οποία βαθμολογούνται με μία τετράβαθμη κλίμακα τύπου Likert (0= Δεν ίσχυε καθόλου για εμένα, 1= Ίσχυε για εμένα σε έναν ορισμένο βαθμό ή για μικρό χρονικό διάστημα, 2= Ίσχυε για εμένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα, 3= Ίσχυε για εμένα πάρα πολύ ή τις περισσότερες φορές). Ο δείκτης εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach για την υποκλίμακα της Κατάθλιψης είναι $\alpha=0.88$ (LyraKos, Arvaniti, Smyrnioti, & Kostopanagiotou, 2011). Από τα 21 θέματα, οι ερωτήσεις 3,5,10,13,16,17, 21 αναφέρονται στην υποκλίμακα της Κατάθλιψης. Η κατάθλιψη χαρακτηρίζεται ως φυσιολογική για βαθμολογία 0-4, ήπια για βαθμολογία 5-6, μέτρια για βαθμολογία 7-10, σοβαρή για βαθμολογία 11-13 και πολύ σοβαρή για βαθμολογία πάνω από 14 (LyraKos, Arvaniti, Smyrnioti, & Kostopanagiotou, 2011).

Παραδείγματα ερωτήσεων: Ένωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον.

Ένωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος.

5.3 Διαδικασία

Ο σχεδιασμός της συγκεκριμένης έρευνας έγινε μέσω του ηλεκτρονικού προγράμματος εκπόνησης ερευνών survey monkey (<https://www.surveymonkey.com/>). Αρχικά, έγινε επιλογή των ερωτηματολογίων που θα χρησιμοποιούνταν στην έρευνα, με κριτήριο το αντικείμενο και το περιεχόμενο τους. Στη συνέχεια, περάστηκαν στο ηλεκτρονικό πρόγραμμα, μία μία οι ερωτήσεις του κάθε ερωτηματολογίου που ήταν να χρησιμοποιηθεί στην έρευνα, όπως και οι απαντήσεις. Τηρήθηκε η σειρά των ερωτήσεων και το ακριβές περιεχόμενο των ερωτηματολογίων. Ακολούθως, πραγματοποιήθηκε σχεδιασμός του τελικού εργαλείου που περιελάμβανε τα 3 ερωτηματολόγια.

Όλα τα ερωτηματολόγια μπήκαν στην επιθυμητή σειρά και δημιουργήθηκαν λεζάντες με συγκεκριμένες οδηγίες και πληροφορίες για το κάθε ερωτηματολόγιο. Τέλος, το τελικό εργαλείο

μοιράστηκε σε φοιτητές μέσω του ηλεκτρονικού τους ταχυδρομίου- email, αλλά και μέσω του λογαριασμού τους στην σελίδα κοινωνικής δικτύωσης Facebook.

Αφού ολοκληρώθηκε (μέσα σε διάστημα ενός μηνός) η διαδικασία λήψης του δείγματος, έγινε επεξεργασία των απαντήσεων που συγκεντρώθηκαν, μέσω του προγράμματος στατιστικής επεξεργασίας SPSS. Το SPSS αποτελεί το βασικότερο εργαλείο ανάλυσης αποτελεσμάτων. Αρχικά, έγινε μεταφορά των ερωτήσεων και των απαντήσεων του κάθε συμμετέχοντα στο πρόγραμμα αυτό. Στη συνέχεια, έγιναν όλες οι απαραίτητες αλλαγές που απαιτούνταν για το κάθε ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στο εργαλείο. Μέσα από την ανάλυση των αποτελεσμάτων στο SPSS, βρέθηκαν οι Μέσοι όροι του δείγματος, αλλά και οι επιθυμητές συσχετίσεις, σύμφωνα με τους ερευνητικούς στόχους της παρούσας μελέτης. Τέλος, έγινε βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση, με σκοπό την παραταίρω ανάλυση των αποτελεσμάτων.

Κεφάλαιο 7. Αποτελέσματα

7.1. Ανάλυση της αξιοπιστίας του εργαλείου της έρευνας

Η ανάλυση αξιοπιστίας των ερωτηματολογίων της ΔΕΠΥ (IDAA), της ΠΧΔ (PIU), και της υποκλίμακας της Κατάθλιψης του ερωτηματολογίου (DASS-21), έγινε με βάση την ανάλυση αξιοπιστίας του δείκτη εσωτερικής αξιοπιστίας Cronbach's alpha. Ο συγκεκριμένος δείκτης εφαρμόστηκε στους παράγοντες των εργαλείων που χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα και στις ερωτήσεις κάθε υποκλίμακας (βλ. Πίνακα 4).

Αρχικά η κλίμακα της ΔΕΠΥ (IDAA) επιδικνύει ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά με $\alpha = 0,89$. Οι υποκλίμακες Απροσεξία με $\alpha = 0,79$, Υπερκινητικότητα με $\alpha = 0,74$, Παρορμητικότητα με $\alpha = 0,71$ και το σύνολο των 18 αυτών ερωτήσεων (IDDA-18) με $\alpha = 0,85$ έδειξαν επίσης καλή αξιοπιστία. Στη συνέχεια το ερωτηματολόγιο για την ΠΧΔ (PIU) έδειξε επίσης πολύ ικανοποιητικά ψυχομετρικά χαρακτηριστικά με $\alpha = 0,75$, όπως και η υποκλίμακα της “Κατάθλιψης” με $\alpha = 0,903$.

Πίνακας 3. Έλεγχος Αξιοπιστίας (N= 324-381)

Κλίμακες	Cronbach's Alpha
Ερωτηματολόγιο IDAA-22	0,89
IDAA- Απροσεξία	0,79
IDAA- Υπερκινητικότητα	0,74
IDAA- Παρορμητικότητα	0,71
IDAA-18	0,85
Ερωτηματολόγιο PIU	0,75
Υποκλίμακα Κατάθλιψης DASS-21	0,90

7.2. Μέσες Τιμές (Μ.Τ.) και Τυπικές Αποκλίσεις (Τ.Α.) του δείγματος

Κύριος στόχος της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να ερευνηθεί η σχέση μεταξύ της ΔΕΠΥ με την ΠΧΔ και η πιθανή επίδραση της Κατάθλιψης. Για την επίτευξη αυτού του στόχου έγινε αρχικά μια εκτίμηση των απαντήσεων των συμμετεχόντων φοιτητών στις τρεις κύριες ερευνώμενες μεταβλητές, την ΔΕΠΥ, την ΠΧΔ και την Κατάθλιψη (βλ. Πίνακα 4).

Αρχικά όσον αφορά τη μεταβλητή της ΔΕΠΥ, υπολογίστηκε για κάθε συμμετέχοντα της έρευνας η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των απαντήσεων του στις 18 ερωτήσεις, Μ.Τ.= 16,02, Τ.Α.= 7,36, στο ερωτηματολόγιο IDAA. Ειδικά, όσον αφορά τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου IDAA για τη ΔΕΠΥ, η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση της Απροσεξίας στις 9 ερωτήσεις είναι Μ.Τ.= 7,65, Τ.Α.= 4,01, της Υπερκινητικότητας στις 5 ερωτήσεις είναι Μ.Τ.= 5,08, Τ.Α.= 2,85, και της Παρορμητικότητας στις 4 ερωτήσεις είναι Μ.Τ.= 3,35, Τ.Α.= 2,26

Σχετικά με τη μεταβλητή της ΠΧΔ, υπολογίστηκε ο μέσος όρος των απαντήσεων του κάθε συμμετέχοντα στις 13 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου PIU, Μ.Τ.=12,65, Τ.Α.= 6,55

Τέλος υπολογίστηκε για τη μεταβλητή Κατάθλιψη, η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση των απαντήσεων του κάθε συμμετέχοντα στις ερωτήσεις της υποκλίμακας της Κατάθλιψης του ερωτηματολογίου DASS-21, Μ.Τ.=5,44, Τ.Α.= 5,01

Πίνακας 4. Μέσες Τιμές (Μ.Τ.) και Τυπικές Αποκλίσεις (Τ.Α.) του δείγματος

Κλίμακες	Μ.Τ.	Τ.Α.
IDAA	16,02	7,36
Υποκλίμακα Απροσεξίας	7,65	4,01
Υποκλίμακα Υπερκινητικότητας	5,08	2,85
Υποκλίμακα Παρορμητικότητας	3,35	2,26
PIU	12,65	6,55
Υποκλίμακα Κατάθλιψης (DASS-21)	5,44	5,01

7.3. Μελέτη της διαφοράς στα φύλα στις μεταβλητές της έρευνας και της σχέσης μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας και του παράγοντα της Ηλικίας

Όσον αφορά το φύλο του δείγματος φάνηκε ότι δεν υπάρχει διαφορά ανάμεσα στα δύο φύλα στις μεταβλητές που ερευνώνται στην συγκεκριμένη έρευνα (ΔΕΠΥ, ΠΧΔ, Κατάθλιψη), μέσω αναλύσεων (βλ. Πίνακα 5)

Επιπλέον, σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Πίνακα 6, οι μεταβλητές της έρευνας δεν συσχετίζονται με τον παράγοντα της Ηλικίας.

Πίνακας 5. Μέσες Τιμές (Μ.Τ.) και Τυπικές Αποκλίσεις (Τ.Α.) στα φύλα στις μεταβλητές της έρευνας

Μ.Τ.						
Φύλο	ΠΧΔ	ΔΕΠΥ	Απροσεξία	Υπερκινητικότητα	Παρορμητικότητα	Κατάθλιψη
A	12,30 (Τ.Α.=7,02)	15,98 (Τ.Α.=8,32)	7,43 (Τ.Α.=4,48)	5,14 (Τ.Α.=3,1)	3,34 (Τ.Α.=2,36)	5,07 (Τ.Α.=4,28)
Γ	12,83 (Τ.Α.=6,36)	16,18 (Τ.Α.=6,8)	7,76 (Τ.Α.=3,82)	5,04 (Τ.Α.=2,63)	3,36 (Τ.Α.=2,21)	5,61 (Τ.Α.=4,96)

Πίνακας 6. Σχέση μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας και του παράγοντα της Ηλικίας

	ΠΧΔ	ΔΕΠΥ	Κατάθλιψη
Ηλικία	-0,07	-0,02	-0,06

7.4. Μελέτη της σχέσης της ΠΧΔ με τη ΔΕΠΥ και τις διαστάσεις της ΔΕΠΥ

Στη συνέχεια πραγματοποιήθηκε ανάλυση συσχέτισης με σκοπό να βρεθούν οι σχέσεις ανάμεσα στις μεταβλητές της έρευνας. Αρχικά πραγματοποιήθηκε μελέτη της μεταβλητής “ΠΧΔ” με τη “ΔΕΠΥ-18” και τις διαστάσεις της (Απροσεξία, Υπερκινητικότητα, Παρορμητικότητα).

Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές “ΠΧΔ” και “ΔΕΠΥ”. Η συσχέτιση έγινε με βάση τις 18 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της ΔΕΠΥ (IDAA). Εξετάστηκαν, επίσης, και οι υποκλίμακες του ερωτηματολογίου, “Απροσεξία”, “Υπερκινητικότητα” και “Παρορμητικότητα” (βλ. Πίνακα 7).

Συγκεκριμένα:

Μεταξύ των μεταβλητών “ΠΧΔ” και “ΔΕΠΥ-18” η συσχέτιση είναι 0,47 ($p < 0,001$).

Η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών “ΠΧΔ” και “Απροσεξία” είναι 0,46 ($p < 0,001$).

Η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών “ΠΧΔ” και “Υπερκινητικότητα” είναι 0,32 ($p < 0,001$).

Η συσχέτιση ανάμεσα στις μεταβλητές “ΠΧΔ” και “Παρορμητικότητα” είναι 0,32 ($p < 0,001$).

Πίνακας 7. Σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών της έρευνας

Μεταβλητή	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.ΠΧΔ	-	0,47**	0,46**	0,32**	0,32**					
2.ΔΕΠΥ-18		-								
3.Απροσεξία			-							
4.Υπερκινητικότητα				-						
5.Παρορμητικότητα					-					
6.Κατάθλιψη	0,43**	0,37**	0,32**	0,37**	0,19**	-				
7.ΔΕΠΥ-19						0,20**	-			
8.ΔΕΠΥ-20						0,26**		-		
9.ΔΕΠΥ-21						0,37**			-	
10.ΔΕΠΥ-22						0,33**				-

** Στατιστικά σημαντική σχέση ($p < 0,001$)

7.5. Μελέτη της σχέσης της Κατάθλιξης με τη ΠΧΔ, ΔΕΠΥ-18 και των διαστάσεων της ΔΕΠΥ

Στη συνέχεια έγινε συσχέτιση της μεταβλητής “Κατάθλιψη” με τη μεταβλητή “ΠΧΔ” και τη μεταβλητή “ΔΕΠΥ-18”. Παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ αυτών των μεταβλητών (βλ. Πίνακα 7).

Συγκεκριμένα:

Η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών “Κατάθλιψη” και “ΠΧΔ” είναι 0,43 ($p < 0,001$).

Η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών “Κατάθλιψη” και “ΔΕΠΥ-18” είναι 0,37 ($p < 0,001$).

Αφού εξετάστηκε η σχέση ανάμεσα στην Κατάθλιψη και την ΠΧΔ, ΔΕΠΥ-18, έγινε συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών της “Κατάθλιψης” και των επιμέρους χαρακτηριστικών της “ΔΕΠΥ”, όπου παρατηρήθηκε στατιστικά σημαντικά συσχέτιση. (βλ. Πίνακα 7).

Συγκεκριμένα:

Η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών “Κατάθλιψη” και “Απροσεξία” είναι 0,32 ($p<0,001$).

Η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών “Κατάθλιψη” και “Υπερκινητικότητα” είναι 0,37 ($p<0,001$).

Η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών “Κατάθλιψη” και “Παρορμητικότητα” είναι 0,19 ($p<0,001$).

7.6. Μελέτη της σχέσης της Κατάθλιψης με τις διαγνωστικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της ΔΕΠΥ.

Για να κλείσουμε με τη μεταβλητή της Κατάθλιψης έγινε συσχέτιση της με τις διαγνωστικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της ΔΕΠΥ (IDAA), με σκοπό να ελεγχθεί αν συνδέεται η Κατάθλιψη με τις ερωτήσεις της ΔΕΠΥ που δείχνουν την ύπαρξη ψυχοπαθολογίας στο άτομο (βλ. Πίνακα 7).

Οι διαγνωστικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου είναι οι ερωτήσεις 19, 20, 21, 22. Συγκεκριμένα η ερώτηση 19 (ΔΕΠΥ-19) αναφέρει την ηλικία έναρξης των συμπτωμάτων, η ερώτηση 20 (ΔΕΠΥ-20) τα περιβάλλοντα στα οποία εμφανίζονται τα συμπτώματα, η ερώτηση 21 (ΔΕΠΥ-21) τη δυσφορία που προκαλούν και η ερώτηση 22 (ΔΕΠΥ-22) τα προβλήματα λειτουργικότητας που προκαλούν.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας:

Η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών “Κατάθλιψη” και “ΔΕΠΥ 19” είναι 0,20 ($p<0,001$).

Η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών “Κατάθλιψη” και “ΔΕΠΥ 20” είναι 0,26 ($p<0,001$).

Η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών “Κατάθλιψη” και “ΔΕΠΥ 21” είναι 0,37 ($p<0,001$).

Η συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών “Κατάθλιψη” και “ΔΕΠΥ 22” είναι 0,33 ($p<0,001$).

7.7. Μελέτη της ΠΧΔ με τη ΔΕΠΥ, ελέγχοντας για τη συμβολή της Κατάθλιψης

Επιπλέον, έγινε συσχέτιση των μεταβλητών “ΠΧΔ” και των επιμέρους χαρακτηριστικών της “ΔΕΠΥ”, ελέγχοντας τη συμβολή της μεταβλητής της “Κατάθλιψης”, κάτι που αποτελεί βασικό ερευνητικό ερώτημα της έρευνας (βλ. Πίνακα 8).

Συγκεκριμένα:

Η συσχέτιση μεταξύ “ΠΧΔ” και “Απροσεξία” είναι 0,46 (βλ. Πίνακα 7). Όμως η συσχέτιση μεταξύ “ΠΧΔ” και “Απροσεξία” με μεταβλητή ελέγχου την “Κατάθλιψη” πέφτει στην τιμή 0,35.

Η συσχέτιση μεταξύ “ΠΧΔ” και “Υπερκινητικότητα” είναι 0,32 (βλ. Πίνακα 7). Όμως η συσχέτιση μεταξύ “ΠΧΔ” και “Υπερκινητικότητα” με μεταβλητή ελέγχου την “Κατάθλιψη” πέφτει στην τιμή 0,22.

Η συσχέτιση μεταξύ “ΠΧΔ” και “Παρορμητικότητα” είναι 0,32 (βλ. Πίνακα 7). Όμως η συσχέτιση μεταξύ “ΠΧΔ” και “Παρορμητικότητα” με μεταβλητή ελέγχου την “Κατάθλιψη” πέφτει στην τιμή 0,27.

Επομένως, βλέπουμε ότι η μεταβλητή “Κατάθλιψη” διαμεσολαβεί στη σχέση της “ΔΕΠΥ” με την “ΠΧΔ” και την επηρεάζει εν μέρει.

Πίνακας 8. Συσχέτιση της ΠΧΔ και των επιμέρους χαρακτηριστικών της ΔΕΠΥ ελέγχοντας για τις επιδράσεις της Κατάθλιψης

ΠΧΔ	Απροσεξία	Υπερκινητικότητα	Παρορμητικότητα
Κατάθλιψη			
Συσχέτιση r	0,35**	0,22**	0,27**

** Στατιστικά σημαντική σχέση ($p < 0,001$)

7.8. Βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση

Στη συνέχεια, προκειμένου να διερευνηθεί περαιτέρω η σχέση των κύριων μεταβλητών της έρευνας (ΠΧΔ, ΔΕΠΥ, Κατάθλιψη) εφαρμόστηκε ανάλυση παλινδρόμησης με εξαρτημένη μεταβλητή την “ΠΧΔ”. Στην βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση, πρώτα καταχωρίσαμε ως εξαρτημένη μεταβλητή την “ΠΧΔ”. Ως ανεξάρτητες μεταβλητές καθορίσαμε την “Απροσεξία”, την “Υπερκινητικότητα”, την “Παρορμητικότητα” και την “Κατάθλιψη”.

Μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας φάνηκε ότι η “Απροσεξία” είναι υπεύθυνη για το 21% της διακύμανσης της εξαρτημένης μεταβλητής “ΠΧΔ”. Επιπλέον, η μεταβλητή “Κατάθλιψη” φάνηκε ότι είναι υπεύθυνη για ένα επιπλέον 5% (βλ. Πίνακα 9).

Έτσι, μέσα από την ανάλυση παλινδρόμησης, φαίνεται ότι τη μεγαλύτερη “ΠΧΔ” μπορούν να προβλέψουν η “Απροσεξία” και δευτερευόντως η “Κατάθλιψη”.

Πίνακας 9. Βηματική Παλινδρόμηση

Μεταβλητή	
Απροσεξία	21%
Κατάθλιψη	5%

Κεφάλαιο 8. Συμπεράσματα- Συζήτηση

Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής-Υπερκινητικότητα (ΔΕΠΥ) αποτελεί μία δια βίου νευροαναπτυξιακή διαταραχή, η οποία έχει απασχολήσει εκτενώς τον επιστημονικό κόσμο. Πέρα όμως από τις κλασικές μελέτες για τη ΔΕΠΥ, το ενδιαφέρον των ειδικών έχει κεντρίσει η σχέση που η ίδια φαίνεται να έχει με τη ΠΧΔ, ένα εξίσου επίκαιρο και πολυσυζητημένο θέμα. Βασικός στόχος της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση αυτής της σχέσης στον ενήλικο φοιτητικό πληθυσμό, ελέγχοντας και τη συμβολή της Κατάθλιψης.

Η διερεύνηση αυτής της σχέσης είναι πολύ σημαντική. Αρχικά, οι μεταβλητές ΔΕΠΥ και ΠΧΔ, αποτελούν σύγχρονους προβληματισμούς της κοινωνίας και η μελέτη της σχέσης τους είναι πιο επίκαιρη από ποτέ (Μαραγκού, 2015. Mohd Isa, Hashim, Kaur & Ng, 2016. Li, Zhang, Xiao & Nie, 2016. Sariyska, Reuter, Lachmann & Montag, 2015). Η ΔΕΠΥ εμφανίζεται όλο και περισσότερο σε ενήλικες και ο αντίκτυπος της, τόσο σε προσωπικό, όσο και σε κοινωνικό επίπεδο είναι αρκετά έντονος (Vogel, et all. 2018. Weiss, Hechtman & Weiss, 1999. Young & Newland, 2002).

Το Διαδίκτυο, έχει πλέον εισχωρήσει στη ζωή της πλειοψηφίας των ατόμων και οι κίνδυνοι που ελλοχεύει ποικίλουν. Οι κίνδυνοι αυτοί, είναι πιο πιθανό να κάνουν την εμφάνισή τους, σε άτομα που είναι πιο επιρρεπή από άλλα, όπως τα άτομα με ΔΕΠΥ (Shaw & Gant, 2002).

Συγκεκριμένα, οι Mohd Isa, Hashim, Kaur & Ng, (2016) τονίζουν ότι το Διαδίκτυο έχει εισχωρήσει στις ζωές μας. Σημειώνουν την ύπαρξη θετικής συσχέτισης ανάμεσα στην ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ και την συμβολή της Κατάθλιψης σε αυτή τη σχέση. Επιπροσθέτως, οι Μαραγκού, Σίμος & Κατσικίδου, (2015) υπογραμμίζουν ότι η ΠΧΔ συνδέεται με την Κατάθλιψη και την χαμηλή αυτοεκτίμηση σε νεαρές ηλικίες. Οι Σίμος, Μαραγκού & Παύλοβα, (2015) σημειώνουν επίσης τη σύνδεση της ΠΧΔ με την χαμηλή αυτοεκτίμηση, αλλά και με το κοινωνικό άγχος. Επίσης, σύμφωνα με τους Sariyska, Reuter, Lachmann & Montag, (2015), η ΠΧΔ παρουσιάζει θετική συσχέτιση με

τη ΔΕΠΥ στον ενήλικο πληθυσμό, γεγονός που καθιστά αναγκαία την πρόληψη και την άμεση παρέμβαση.

Επιπλέον, σύμφωνα με την Μαραγκού, (2015) και στις μέρες μας παρουσιάζεται μια πρωτοφανής δημοτικότητα του Διαδικτύου και ειδικά της σελίδας κοινωνικής δικτύωσης Facebook. Η σελίδα αυτή έχει δημιουργήσει μια σειρά από σημαντικά ζητήματα σχετικά με την επίδραση που έχει στην ψυχολογία των χρηστών. Η ένταση με την οποία χρησιμοποιεί ένας ενήλικας το Facebook μπορεί να επηρεάσει την ψυχολογία του και να δημιουργήσει αίσθημα μοναξιάς στο χρήστη και να μειώσει την αυτοεκτίμηση του.

Τα δύο τελευταία συμπτώματα σημειώνουν και οι Li, Zhang, Xiao & Nie, (2016), τονίζοντας την θετική συσχέτιση που έχει η ΠΧΔ με την χαμηλή αυτοεκτίμηση του χρήστη και το αίσθημα μοναξιάς.

Επιπλέον, μέσα από άλλες διεθνείς μελέτες, φαίνεται ότι ενήλικες με συμπτώματα ΔΕΠΥ έχουν μια τάση να εθίζονται στο Διαδίκτυο και να κάνουν παθολογική χρήση του (Riecher-Rossler & Steiner, 2010). Η σχέση, λοιπόν, ανάμεσα στις μεταβλητές εγείρει την περιέργια και δίνει το έναυσμα για τη διεξαγωγή της παρούσας έρευνας.

Τέλος, μέσα από τη διεθνή βιβλιογραφία φαίνεται ότι υπάρχουν αρκετά ξενόγλωσσα άρθρα με έρευνες, που μελετούν αυτή τη σχέση. Αντίθετα, δεν εμφανίζονται έρευνες που να έχουν διεξαχθεί σε ελληνικό πληθυσμό και να μελετούν την σχέση ανάμεσα στη ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ, ελέγχοντας τη επίδραση της Κατάθλιψης. Δημιουργείται έτσι η ανάγκη για πραγματοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας στο ελληνικό πεδίο, με σκοπό να γίνει μια διερεύνηση, αλλά και να δώσει το έναυσμα για περισσότερες και πιο εκτενείς έρευνες στο μέλλον.

Αρχικά, σύμφωνα με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο φύλων στις παραμέτρους της μελέτης και ούτε οι εν λόγω παράμετροι συσχετίστηκαν με τη ηλικία.

Τα αποτελέσματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τις έρευνες των Barkley, Murphy & Fischer, (2010), Dalbudak & Evren, (2014) Faraone & Biederman, (2005), Li, et al., (2016), Riecher-Rossler & Steiner, (2010), Kooij, et al., (2005), Vogel et al., (2018), και Yen et al., (2009), στις οποίες φάνηκε, ότι δεν εντοπίζονται διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα και στις μεταβλητές ΔΕΠΥ και ΠΧΔ, και η ηλικία φαίνεται να μην συσχετίζεται με τη ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ.

Αντίθετα, η έρευνα των Garcia, Bau, Silva, et al., (2012), η οποία έλαβε χώρα στην Αμερική, σε άτομα ηλικίας 15-40 ετών, έδειξε ότι όσο μεγαλώνει το άτομο τόσο μειώνεται η πιθανότητα να εμφανίσει συμπτώματα ΔΕΠΥ, και επιπλέον, ότι οι άντρες φαίνεται να είναι πιο επιρρεπείς στην ΠΧΔ από ότι οι γυναίκες. Η έρευνα αυτή έρχεται σε ασυμφωνία με την παρούσα μελέτη, καθώς τονίζει μια αρνητική συσχέτιση ανάμεσα στην ηλικία και τη μεταβλητή “ΔΕΠΥ” και παρουσιάζει τον ανδρικό πληθυσμό ως πιο πιθανό να εμφανίσει συμπτώματα ΠΧΔ.

Βλέπουμε, λοιπόν, ότι υπάρχουν δύο απόψεις όσον αφορά τον παράγοντα “Φύλο” και τον παράγοντα “Ηλικία”. Στην πρώτη περίπτωση, η οποία συμφωνεί με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης φαίνεται ότι δεν εμφανίζονται διαφοροποιήσεις στα φύλα όσον αφορά τη ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ και οι εν λόγω παράγοντες δεν σχετίζονται με την ηλικία. Στην επόμενη όμως φαίνεται να εμφανίζονται διαφοροποιήσεις.

Αυτό μπορεί να συμβαίνει, αρχικά, καθώς μέσα από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι η ΔΕΠΥ αποτελεί μια διαταραχή, η οποία ακολουθεί το άτομο καθόλη τη διάρκεια της ζωής του. Οι επιστήμονες στο παρελθόν εστίαζαν την προσοχή τους στην εμφάνιση της ΔΕΠΥ μόνο στην παιδική ηλικία. Πλέον, όμως, η σύγχρονη επιστημονική κοινότητα τονίζει την εξελικτική φύση της διαταραχής, καθώς εντοπίζονται συνέχεια στοιχεία της συγκεκριμένης διαταραχής στην ενήλικη ζωή του ατόμου. Επομένως, φαίνεται ότι η ΔΕΠΥ είναι μια δια βίου αναπτυξιακή διαταραχή και ο παράγοντας ηλικία δεν παίζει κάποιο ρόλο, αφού η ίδια εμφανίζεται σε όλα τα στάδια της ζωής του

ατόμου με διαφορετικά συμπτώματα στο καθένα (Barkley, Murphy & Fischer, 2010. Dalbudak & Evren, 2014. Li, et all., 2016. Riecher-Rossler & Steiner, 2010. Yen et al., 2009).

Επιπλέον, παρατηρείται ότι ο παράγοντας ηλικία δεν παίζει κάποιο ρόλο ούτε στην ΠΧΔ σύμφωνα με τα δεδομένα της βιβλιογραφίας. Μπορεί στο παρελθόν να εντοπιζονταν διαφορές στην ηλικία που χρησιμοποιούσε το Διαδίκτυο με τα πιο νεαρά άτομα να κατέχουν τα πρωτεία, όμως, πλέον φαίνεται ότι υπάρχει μια ταχεία εξάπλωση του σε όλες τις ηλικιακές ομάδες. Ειδικά στην ομάδα των ενηλίκων φαίνεται ότι χρησιμοποιούν και κάνουν παθολογική χρήση του Διαδικτύου καθόλη τη διάρκεια της ενήλικης ζωής τους (Li, et all., 2016).

Τέλος, στη σύγχρονη κοινωνία μελέτες έχουν δείξει, ότι και οι γυναίκες αλλά και οι άντρες χρησιμοποιούν εξίσου το Διαδίκτυο και μπορεί να εθιστούν σε αυτό. Παλαιότερες απόψεις στηρίζουν μια μεγαλύτερη παθολογική χρήση του από την πλευρά των ανδρών. Πλέον, εντοπίζεται χρήση αλλά και παθολογική χρήση του Διαδικτύου και από τα δύο φύλα (Li, et all., 2016).

Στην μελέτη που υποστηρίζει μια αντίθετη άποψη πιθανόν να παίζει σημαντικό ρόλο το διαφορετικό κοινωνικό πλαίσιο και οι δυσμενείς εμπειρίες των συμμετεχόντων, όπως αναφέρουν οι Garcia, Bau, Silva, et al., (2012). Στη συζήτηση της μελέτης αυτής, τονίζεται η διαφορά ανάμεσα στο φύλο και η συσχέτιση της ηλικίας με τις μεταβλητές “ΔΕΠΥ” και “ΠΧΔ”, με συμβολή των δυσμενών εμπειριών των συμμετεχόντων. Άτομα δηλαδή που έχουν περάσει διάφορες δυσκολίες στη ζωή τους είναι πιθανόν όσο μεγαλώνουν να μειώνονται τα συμπτώματα ΔΕΠΥ που εμφάνισαν σε πιο μικρή ηλικία. Επιπλέον, οι γυναίκες επειδή δεν έχουν περάσει πολλές δυσκολίες, μπορεί να μην έχουν ανάγκη να καταφύγουν στο Διαδίκτυο και έτσι παρουσιάζονται οι άνδρες ως πιο επιρρεπείς σε μια παθολογική χρήση του (Garcia, Bau, Silva, et al., 2012).

Παρατηρείται, επομένως, ότι οι περισσότερες έρευνες τάσσονται υπέρ της άποψης που στηρίζεται στην παρούσα έρευνα, με τα δύο φύλα να μην παρουσιάζουν διαφοροποιήσεις και η ηλικία να μην

συσχετίζεται, όσον αφορά τις μεταβλητές “ΔΕΠΥ” και “ΠΧΔ”. (Barkley, Murphy & Fischer, 2010. Dalbudak & Evren, 2014. Li, et all., 2016. Riecher-Rossler & Steiner, 2010. Vogel et al., 2018. Yen et al., 2009).

Ο πρώτος στόχος της παρούσας έρευνας αποτελεί τον πιο βασικό στόχο της μελέτης, τη διερεύνηση της δυσεξήγητης σχέσης ανάμεσα στις μεταβλητές “ΔΕΠΥ” και “ΠΧΔ”. Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι εμφανίζεται σημαντικά θετική συσχέτιση ανάμεσα στη ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ σε ενήλικες φοιτητές.

Τα συγκεκριμένα ευρήματα φαίνεται να συμφωνούν με την επιστημονική βιβλιογραφία. Σύμφωνα με πολλούς ερευνητές στοιχεία ΔΕΠΥ σε ενήλικες φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με μια ΠΧΔ (Barkley, Murphy & Fischer, 2010. Chao, Gau, Mao, Shyu, Chen, & Yen, 2008. Diamond 2007, Diamond et al. 2007. Kaess, Durkee, Brunner, Carli, Parzer, Wasserman et all. 2014. Kahraman, & Demirci, 2018. Mohd Isa, et all. 2016).

Έρευνες πάνω σε ενήλικα άτομα, τα οποία εμφανίζουν συμπτώματα ΔΕΠΥ, δείχνουν ότι τα άτομα αυτά παρουσιάζουν μία εθιστική και παθολογική χρήση του Διαδικτύου. Τα ίδια αφιερώνουν μεγάλο χρόνο μπροστά στον Η/Υ, κάτι που επηρεάζει την καθημερινότητά τους και τα κάνει να δυσφορούν (Arrizabalaga-Crespo, Aierbe-Barandiaran & Medrano-Samaniego, 2010. Chou, et all. 2015. Dalbudak & Evren, 2014. Dong, Wang, Yang, & Zhou, 2012. Garcia, Bau, Silva, et al, 2012. Mohd Isa, et all. 2016. Van De Voorde et al., 2010. Volkow et al., 2009. Yen et al., 2009. Yoo et al., 2004).

Σύμφωνα με την έρευνα Li, et all., (2016), που έλαβε χώρα στην Κίνα, Κινέζοι φοιτητές με στοιχεία ΔΕΠΥ εμφάνισαν συμπτώματα ΠΧΔ, έχοντας μεγάλη δυσκολία στην καθημερινότητά τους. Οι φοιτητές αυτοί έμεναν συχνά πίσω στη σχολή τους, χρωστώντας πολλά μαθήματα και

αφιερώνοντας όλη τους την ημέρα σερφάροντας στο Διαδίκτυο και απολαμβάνοντας τα οφέλη που αυτό προσφέρει.

Σε μελέτη που διεξήχθη στην Τουρκία, βρέθηκε ότι Τούρκοι πανεπιστημιακοί φοιτητές με στοιχεία ΔΕΠΥ εμφάνιζαν συμπτώματα ΠΧΔ. Στη συγκεκριμένη μελέτη φάνηκε ότι άτομα με ΔΕΠΥ εμφανίζουν μια ΠΧΔ, χάνοντας την κοινωνικότητά τους στην πραγματική ζωή και δημιουργώντας έναν πλαστό κόσμο μέσα στο Διαδίκτυο (Dalbudak & Evren, 2014).

Φαίνεται, λοιπόν, μέσα από την παρούσα μελέτη, αλλά από διεθνείς μελέτες ότι ενήλικες με στοιχεία ΔΕΠΥ εμφανίζουν συμπτώματα ΠΧΔ. Για ποιο λόγο όμως συμβαίνει αυτό; Η απάντηση σε αυτή την ερώτηση στηρίζεται στην συμπτωματολογία της ΔΕΠΥ αλλά και στον ελκυστικό χαρακτήρα που διαθέτει το Διαδίκτυο.

Συγκεκριμένα, τα συμπτώματα της ΔΕΠΥ φαίνεται να επηρεάζουν τη σχέση της με την ΠΧΔ. Τα ίδια δημιουργούν μια ευαλωτότητα στα άτομα και τα κάνουν πιο επιρρεπή στην υιοθέτηση παθολογικών συμπεριφορών στο Διαδίκτυο. Αυτά τα χαρακτηριστικά και οι συμπεριφορές, δημιουργούν μια ανάγκη στο άτομο να καταφύγει στον κόσμο του Διαδικτύου και να εθιστεί στη χρήση του.

Αρχικά, ένας ενήλικας με στοιχεία ΔΕΠΥ, φαίνεται ότι παρουσιάζει έντονο αίσθημα πλήξης, βαριέται πολύ εύκολα, και έχει μια αποστροφή στην καθυστερημένη ανταμοιβή (Arrizabalaga-Crespo, Aierbe-Barandiaran & Medrano-Samaniego, 2010. Chou, et all. 2015. Dalbudak & Evren, 2014. Mohd Isa, et all. 2016. Li, et all. 2016). Στην πραγματική ζωή μπορεί οι ρυθμοί ζωής να είναι πολλές φορές γρήγοροι και έντονοι, αλλά μερικές φορές οι δραστηριότητες του ατόμου είναι πιθανόν να χαρακτηρίζονται από πιο αργούς ρυθμούς και να απαιτείται η ένδειξη υπομονής του ατόμου. Επιπλέον, η άμεση ανταμοιβή είναι πολλές φορές δύσκολο να συμβεί στη σημερινή

κοινωνία, καθώς είναι απαραίτητη η συνεχής προσπάθεια του ατόμου για την κατάκτηση της (Yoo et al., 2004). Μέσα από την έρευνα των Chao, Gau, Mao, Shyu, Chen, & Yen, (2008).

Το Διαδίκτυο, αντίθετα, χαρακτηρίζεται από ταχεία ανταπόκριση, άμεση ανταμοιβή και πολλαπλά παράθυρα με διαφορετικές δραστηριότητες στο καθένα. Ένα από τα πιο σημαντικά θετικά στοιχεία του Διαδικτύου είναι το πλήθος των πληροφοριών που αυτό προσφέρει στο χρήστη (Kaess, et al. 2014). Το άτομο μέσα στο Διαδίκτυο έχει τη δυνατότητα να ασχοληθεί με μια πληθώρα πληροφοριών και δραστηριοτήτων, οι οποίες εναλλάσσονται με πολύ γρήγορες ταχύτητες. Επιπλέον, το βασικό στοιχείο που επικρατεί στο Διαδίκτυο είναι η άμεση ανταμοιβή του χρήστη. Ο κάθε χρήστης ανταμοίβεται συνεχώς από την σελίδα στην οποία βρίσκεται με άμεσο και γρήγορο τρόπο.

Τα στοιχεία αυτά που διαθέτει το Διαδίκτυο, μπορεί να μειώσουν τα συναισθήματα της πλήξης ή της αποστροφής για καθυστερημένη ανταμοιβή σε άτομα με συμπτώματα ΔΕΠΥ. Έτσι, τα άτομα αυτά πλοηγούνται με τις ώρες στην ηλεκτρονική πραγματικότητα, χωρίς να ενδιαφέρονται, πλέον, για την πραγματική τους ζωή.

Επιπλέον, ενήλικες με στοιχεία ΔΕΠΥ έχουν μια ευαισθησία στην τιμωρία και μία επιθυμία για θετική ενίσχυση. Αναζητούν τη θετική ενίσχυση και αποφεύγουν την τιμωρία στην καθημερινότητά τους (Yoo et al., 2004). Τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά φαίνεται να επηρεάζουν τη σχέση των ατόμων αυτών με την ΠΧΔ (Chao, Gau, Mao, Shyu, Chen, & Yen, 2008. Diamond 2007, Diamond et al. 2007. Treuer et al., 2001. Sadock, 2007. Yoo et al., 2004).

Στην πραγματική ζωή πολλές φορές βλέπουμε ότι εμφανίζεται τόσο η τιμωρία όσο και η αρνητική ενίσχυση. Καθόλη τη διάρκεια της ζωής του το άτομο έρχεται αντιμέτωπο με διαφορετικές μορφές τιμωρίες και συχνά ενισχύεται αρνητικά κάποια συμπεριφορά του. Η τιμωρία

αποτελεί μια φυσιολογική ροή των πραγμάτων και δεν λείπει από την καθημερινότητά του κάθε ανθρώπου (Yoo et al., 2004).

Αντίθετα, ο κόσμος του Διαδικτύου ενισχύει συνεχώς θετικά τον κάθε χρήστη να συνεχίσει τη δραστηριότητα που πραγματοποιεί στο Διαδίκτυο και αποκλείει σχεδόν πάντα την τιμωρία. Στόχος του ηλεκτρονικού ιστοχώρου είναι η ικανοποίηση του ατόμου, η επιβράβευση του και ενίσχυση της συμπεριφοράς του, έτσι ώστε να αυξηθεί ο χρόνος παραμονής του σε αυτόν. Τα άτομα με στοιχεία ΔΕΠΥ φαίνεται, λοιπόν, να βρίσκουν διέξοδο μέσα στο Διαδίκτυο για να αποφύγουν τον παράγοντα της τιμωρίας, ο οποίος συνδέεται άμεσα με την πραγματική ζωή. Η θετική ενίσχυση και η επιβράβευση που δίνει το Διαδίκτυο τονώνει τα άτομα με ΔΕΠΥ και τα απομακρύνει ολοένα από την πραγματικότητα (Chao, Gau, Mao, Shyu, Chen, & Yen, 2008. Diamond 2007, Diamond et al. 2007. Treuer et al., 2001. Sadock, 2007. Yoo et al., 2004).

Το Διαδίκτυο, αποτελεί έναν παγκόσμιο ιστοχώρο που δίνει την δυνατότητα στο άτομο με στοιχεία ΔΕΠΥ να γνωρίσει άτομα μέσα από μια τεράστια ποικιλία χρηστών. Μέσα στο Διαδίκτυο προσφέρεται η δυνατότητα της ανώνυμης επικοινωνίας από και προς οποιοδήποτε σημείο του πλανήτη και μάλιστα σε κλάσματα δευτερολέπτου (Kaess, et all. 2014). (Shaw & Gant, 2002). (Zhou, et all. 2010). Η ανωνυμία του Διαδικτύου μπορεί να καλύψει την δυσκολία των ατόμων στο κομμάτι της κοινωνικότητας και να αντισταθμίσει τις κακές διαπροσωπικές τους σχέσεις, τις οποίες θα βίωναν στον πραγματικό κόσμο (Kaess, et all. 2014). (Shaw & Gant, 2002). (Zhou, et all. 2010).

Η έρευνα, λοιπόν, έχει διαπιστώσει ότι η ενασχόληση με τα social media, μέσω ανταλλαγής μηνυμάτων και άλλων ενασχολήσεων, είναι μια συχνή δραστηριότητα Διαδικτύου στην οποία συμμετέχουν ενήλικες με στοιχεία ΔΕΠΥ, με σκοπό να αντισταθμίσουν την αρνητική τους επίδραση στις διαπροσωπικές σχέσεις (Dalbudak & Evren, 2014).

Ένα άλλο χαρακτηριστικό που παίζει σημαντικό στη σχέση ανάμεσα στη ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ, είναι η αναζήτησή της καινοτομίας ως χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ατόμου (Cao, Su, Liu, & Gao, 2007). Μελέτες εντοπίζουν την αναζήτηση της καινοτομίας ως βασικό χαρακτηριστικό όσον αφορά τη συσχέτιση με την ΠΧΔ. Ενήλικες με ΔΕΠΥ φαίνεται να έχουν έντονο χαρακτηριστικό της προσωπικότητας τους την αναζήτησή καινοτομίας και με αυτόν τον τρόπο δείχνουν να είναι περισσότερο ευάλωτοι στην ΠΧΔ (Don-francesco et al., 2015).

Ακόμα, κατά τη διάρκεια παρακολούθησης ενός βίντεο ή κατά τη διάρκεια ενός παιχνιδιού στο Διαδίκτυο απελευθερώνεται ντοπαμίνη striatal, γεγονός που μπορεί να βοηθήσει τους ενήλικες με στοιχεία ΔΕΠΥ να επικεντρωθούν στο παιχνίδι και να έχουν καλύτερες επιδόσεις σε σχέση με ένα παιχνίδι στον εξωτερικό κόσμο που μπορεί να τα δυσκολέψει (Mohd Isa, et all. 2016. Li, et all. 2016. Sariyska, et all. 2015. Yoo, Cho, Ha, Yune, Kim, Hwang et al. 2004).

Εξαιτίας των στοιχείων ΔΕΠΥ που διαθέτουν τα άτομα, εθίζονται περισσότερο στο Διαδίκτυο, αλλά και στα παιχνίδια που αυτό διαθέτει σε σχέση με τα άτομα χωρίς ΔΕΠΥ (Kaess, et all. 2014). (Shaw & Gant, 2002). Τα περισσότερα παιχνίδια διαθέτουν ορισμένα χαρακτηριστικά τα οποία τα κάνουν ελκυστικά σε ένα άτομο με στοιχεία ΔΕΠΥ. Τα ίδια είναι κατασκευασμένα έτσι ώστε να υπάρχει ένα κίνητρο για να φτάσει ο παίκτης στο επόμενο επίπεδο. Το κίνητρο αυτό αποτελεί σημαντικό κίνητρο ανταμοιβής για τους νέους με στοιχεία ΔΕΠΥ. Επιπλέον, στα παιχνίδια αυτά οι ταχέως μεταβαλλόμενες οθόνες θέτουν ελάχιστες απαιτήσεις στην προσοχή αλλά και στη μνήμη εργασίας του χρήστη και ενισχύουν την παρορμητικότητά του, γεγονός που βοηθά τα άτομα με ΔΕΠΥ (Van De Voorde et al., 2010. Volkow et al., 2009). Έτσι τα άτομα με ΔΕΠΥ τείνουν να εθίζονται στα παιχνίδια του Διαδικτύου, λόγω των ευκολιών που αυτό προσφέρει στα ίδια.

Τα άτομα με ΔΕΠΥ βυθίζονται, λοιπόν, στον κόσμο του Διαδικτύου, καθώς το ίδιο αποτελεί μια πηγή ασφάλειας και ευχαρίστησης για τα ίδια. Το ίδιο έρχεται να αντικαταστήσει τις δυσκολίες που έχουν, με τις δραστηριότητες και τις ευκολίες που το χαρακτηρίζουν. Μέσα σε αυτό ενήλικες με

στοιχεία ΔΕΠΥ αισθάνονται πιο άνετοι, πιο ελεύθεροι, δεν κατακρίνονται από τους άλλους και με αυτόν τον τρόπο αυξάνεται η αυτοπεποίθηση και η αυτοεκτίμηση τους (Kahraman, & Demirci, 2018).

Εξαιτίας όμως της έλλειψης αυτοέλεγχου, που τους χαρακτηρίζει, δυσκολεύονται να ελέγχουν τη χρήση του Διαδικτύου και είναι επιρρεπείς στην παθολογική χρήση του. Ενήλικες που έχουν συμπτώματα ΔΕΠΥ δεν μπορούν να ελέγξουν το διάστημα που αφιερώνουν στο Διαδίκτυο. Οι ίδιοι δυσκολεύονται να αποκοπούν από το Διαδίκτυο και σαν αποτέλεσμα μπορεί να παρουσιάσουν πολλές δυσκολίες στην καθημερινότητά τους (Kahraman, & Demirci, 2018).

Επιπλέον, ο κόσμος του Διαδικτύου έρχεται να αντικαταστήσει τις άλλες δραστηριότητες που θα μπορούσαν να απασχολήσουν τα άτομα, όπως για παράδειγμα, τον αθλητισμό, τη μουσική, τις τέχνες κ.α. Η ενασχόληση του ατόμου με αυτές θα το βοηθούσε στην ανάπτυξη προσοχής, αυτοέλεγχου, αναστολής συμπεριφοράς, τη δεξιοτεχνία, τις ομαδικές δεξιότητες και την κοινωνικοποίηση του. Τα άτομα όμως, με ΔΕΠΥ παραιτούνται από την πραγματική ζωή και τα οφέλη που μπορεί να τους προσφέρει, με σκοπό να ασχοληθούν με τον πολύτιμο γι' αυτά ηλεκτρονικό ιστοχώρο (Carli, Durkee, Wasserman, Hadlaczky, Despalins, Kramarz, et al. 2012. Dalbudak et al., 2013. Diamond, 2007. Diamond et al., 2007).

Ο δεύτερος ερευνητικός στόχος της μελέτης αυτής ήταν να εξεταστούν η σχέση της ΠΧΔ με τις διαστάσεις της ΔΕΠΥ (Απροσεξία, Υπερκινητικότητα, Παρορμητικότητα).

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας, η “ΠΧΔ” παρουσίασε θετική συσχέτιση με τις διαστάσεις της “ΔΕΠΥ” “Απροσεξία”, “Υπερκινητικότητα” και “Παρορμητικότητα”.

Οι διάφορες επιστημονικές έρευνες τονίζουν την εμφάνιση σχέσης ανάμεσα στην ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ. Αυτό, όμως, που διαφοροποιεί την μία έρευνα από την άλλη είναι το χαρακτηριστικό της

ΔΕΠΥ που μπορεί να προβλέψει καλύτερα την ΠΧΔ. Πολλές μελέτες έχουν εστιάσει στην Απροσεξία, άλλες στην Υπερκινητικότητα και άλλες στο χαρακτηριστικό της Παρορμητικότητας.

Αρχικά, γίνεται λόγος για την Απροσεξία, που μπορεί να εμφανίσουν τα άτομα με στοιχεία ΔΕΠΥ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, υπάρχει σημαντικά θετική συσχέτιση ανάμεσα στην μεταβλητή “ΠΧΔ” και τη μεταβλητή “Απροσεξία”. Πέρα από τη θετική συσχέτιση που παρουσιάζεται ανάμεσα στις δύο αυτές μεταβλητές, μέσα από περαιτέρω ανάλυση, φάνηκε ότι η “Απροσεξία” ξεχωρίζει από τις άλλες διαστάσεις της “ΔΕΠΥ”.

Συγκεκριμένα, η διαδικασία της πολλαπλής βηματικής παλινδρόμησης έδειξε, πως την “ΠΧΔ” μπορούσε να προβλέψει κυρίως η “Απροσεξία”. Σε συμφωνία με αυτό έρχεται και η μελέτη των Li, et all., (2016), που ανέφεραν ότι η Απροσεξία και μετά η αναζήτηση καινοτομίας ήταν σημαντικοί παράγοντες πρόβλεψης της ΠΧΔ σε φοιτητές με ΔΕΠΥ.

Παρατηρείται, λοιπόν, ότι τα συμπτώματα της Απροσεξίας παίζουν έναν πολύ σημαντικό ρόλο στον εθισμό ενός ατόμου με στοιχεία ΔΕΠΥ στο Διαδίκτυο. Ένας φοιτητής με στοιχεία ΔΕΠΥ, που κάνει πολλά λάθη Απροσεξίας σε διάφορες εργασίες που αναλαμβάνει, στον ακαδημαϊκό και εργασιακό του χώρο, αλλά και στην καθημερινότητά του είναι πιθανό να εμφανίσει συμπτώματα ΠΧΔ. (Sripada, Kessler & Angst, 2014. Kessler, Gruber et al., 2007. Young & Newland, 2002).

Επιπλέον, ενήλικες με στοιχεία ΔΕΠΥ, οι οποίοι συχνά αποτυγχάνουν να επικεντρώσουν την προσοχή τους σε λεπτομέρειες και δυσκολεύονται συχνά στο να διατηρήσουν την προσοχή τους σε καθήκοντα και δραστηριότητες, μπορεί να έχουν στοιχεία ΠΧΔ. Αυτό μπορεί να συμβεί και όταν τα άτομα αυτά, εντοπίζονται να μην ακούν όταν τους μιλούν και είναι πολλές φορές αφηρημένοι, χωρίς να υπάρχει κάποιο προφανές διασπαστικό ερέθισμα. (Biederman, Faraone, Spencer, Eric, Monuteaux, & Aleardi, 2006. Πεχλιβανίδης, 2012).

Ο λόγος που ενήλικες με συμπτώματα Απροσεξίας κάνουν ΠΧΔ, οφείλεται στα οφέλη και τις δυνατότητες που του προσφέρει το Διαδίκτυο, οι οποίες έρχονται να καλύψουν τα συμπτώματα αυτά. Συγκεκριμένα όταν το άτομο παίζει παιχνίδια στο Διαδίκτυο ή παρακολουθεί βίντεο, απελευθερώνεται ντοπαμίνη, γεγονός που μπορεί να βοηθήσει τους ενήλικες με στοιχεία Απροσεξίας να επικεντρωθούν στο παιχνίδι και να έχουν καλύτερες επιδόσεις σε σχέση με ένα παιχνίδι στον εξωτερικό κόσμο που μπορεί να τα δυσκολέψει. Επιπλέον, στα παιχνίδια αυτά οι ταχέως μεταβαλλόμενες οθόνες θέτουν ελάχιστες απαιτήσεις στην προσοχή, γεγονός που βοηθά τα άτομα με ΔΕΠΥ, που έχουν συμπτώματα Απροσεξίας.

Ενήλικες, λοιπόν, που έχουν συμπτώματα ΔΕΠΥ και ειδικά αυτά της Απροσεξίας, είναι πιο επιρρεπείς στο να κάνουν μια ΠΧΔ, καθώς η Απροσεξία φαίνεται να προβλέπει καλύτερα την ΠΧΔ.

Όσον αφορά τη ΔΕΠΥ, η ίδια αποτελείται από συμπτώματα Υπερκινητικότητας, που μπορεί να εμφανίσουν τα άτομα με στοιχεία της διαταραχής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, υπάρχει σημαντικά θετική συσχέτιση ανάμεσα στην μεταβλητή “ΠΧΔ” και τη μεταβλητή “Υπερκινητικότητα”.

Σε συμφωνία έρχεται η έρευνα των Dalbudak & Evren, (2014), η οποία τονίζει την θετική συσχέτιση ανάμεσα στην μεταβλητή “Υπερκινητικότητα” και στην “ΠΧΔ”. Η συγκεκριμένη όμως έρευνα έρχεται σε αντίθεση με την παρούσα έρευνα, στο κομμάτι της πρόβλεψης της ΠΧΔ. Η ίδια τονίζει την υπεροχή της “Υπερκινητικότητας” ως καλύτερο προβλεπτικό παράγοντα για την “ΠΧΔ”, αντίθετα με παρούσα μελέτη που παραθέτει την “Απροσεξία” ως κύριο παράγοντα πρόβλεψης της.

Όπως αναφέρθηκε και παραπάνω το Διαδίκτυο για αυτά τα άτομα αποτελεί ένα μέρος που απελευθερώνονται, δε χρειάζεται να συμμορφωθούν σε κανόνες, και το ίδιο ενισχύει την

Υπερκινητικότητα των χρηστών. Μέσα στο Διαδίκτυο το άτομο βρίσκεται σε συνεχή εγρήγορση και μπορεί να ασχολείται ταυτόχρονα με μια πληθώρα πληροφοριών και παραθύρων, που εναλλάσσονται με γρήγορες ταχύτητες (Dalbudak & Evren, 2014). Η συγκεκριμένη έρευνα, λοιπόν, δείχνει ότι τα συμπτώματα Υπερκινητικότητας, που μπορεί να εμφανίσουν ενήλικες με στοιχεία ΔΕΠΥ, φαίνεται να συσχετίζονται θετικά με την ΠΧΔ.

Η τρίτη διάσταση της ΔΕΠΥ, είναι αυτή με τα συμπτώματα της Παρορμητικότητα, που μπορεί να εμφανίσουν τα άτομα με στοιχεία της συγκεκριμένης διαταραχής. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας, υπάρχει σημαντικά θετική συσχέτιση ανάμεσα στην μεταβλητή “ΠΧΔ” και τη μεταβλητή “Παρορμητικότητα”.

Οι έρευνες των Arrizabalaga-Crespo, Aierbe-Barandiaran & Medrano-Samaniego, (2010), Carli, Durkee, Wasserman, Hadlaczky, Despalins, Kramarz, et al., (2012), Dalbudak et al., (2013), Malloy-Diniz et al., (2007), Mazhari, (2012), Treuer et al., (2001), Sadock, (2007) και Sariyska, et al., (2015), συμφωνούν με τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας όσον αφορά τη θετική συσχέτιση της “Παρορμητικότητας” με την “ΠΧΔ”.

Σε αντίθεση με την παρούσα μελέτη έρχονται οι έρευνες των Mazhari, (2012), Treuer et al., (2001), Sadock, (2007), Sariyska, et al., (2015), όσον αφορά το κομμάτι της πρόβλεψης της ΠΧΔ. Οι έρευνες τους υποστηρίζουν ότι η “Παρορμητικότητα” προβλέπει καλύτερα την “ΠΧΔ”. Συγκεκριμένα, οι ερευνητές αναφέρουν ότι ο εθισμός στο Διαδίκτυο δεν αποτελεί μόνο έναν συμπεριφοριστικό εθισμό αλλά έχει εννοηθεί ως μια διαταραχή ελέγχου των παρορμήσεων. Άτομα, τα οποία είναι εθισμένα στο Διαδίκτυο φαίνεται να έχουν υψηλό επίπεδο παρορμήσεως, αλλά και το αντίστροφο, στα άτομα με ΔΕΠΥ, το χαρακτηριστικό της Παρορμητικότητας δείχνει να αποτελεί έναν δείκτη ευαισθησίας στον εθισμό στο Διαδίκτυο. Ακόμα, ενήλικες με ΔΕΠΥ και ΠΧΔ έχουν περισσότερα σημάδια Παρορμητικότητας σε σχέση με άλλους ενήλικες που έχουν διεγνωσθεί με ΔΕΠΥ (Mazhari, 2012).

Η Παρορμητικότητα, λοιπόν, αποτελεί βασικό στοιχείο όσον αφορά τη σχέση της ΔΕΠΥ με την ΠΧΔ, όπως φαίνεται από την παρούσα έρευνα και την διεθνή βιβλιογραφία.

Τα χαρακτηριστικά έρχεται να καλύψει το Διαδίκτυο και έτσι το άτομο με Παρορμητικότητα να θέλει να αφοσιωθεί σε αυτό. Το Διαδίκτυο προσφέρει στο άτομο τη δυνατότητα να αφηθεί και ενισχύει συνεχώς την Παρορμητικότητα του.

Ο τελευταίος ερευνητικός στόχος της παρούσας έρευνας αφορά την πιθανή επίδραση της Κατάθλιψης στη σχέση της “ΔΕΠΥ” με την “ΠΧΔ”. Τα αποτελέσματα έδειξαν αρχικά, ότι η “Κατάθλιψη” συσχετίζεται θετικά με την “ΠΧΔ”, τη “ΔΕΠΥ” και τα επιμέρους χαρακτηριστικά της ΔΕΠΥ (Απροσεξία, Υπερκινητικότητα, Παρορμητικότητα). Επιπλέον, η “Κατάθλιψη”, συσχετίζεται θετικά με τις διαγνωστικές ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της ΔΕΠΥ (IDAA), γεγονός που δείχνει ότι το άτομο δυσφορεί και δυσκολεύεται στην καθημερινότητά του.

Μέσα από τα αποτελέσματα της έρευνας, εντοπίζεται ότι η “Κατάθλιψη” διαμεσολαβεί στη σχέση ανάμεσα στην μεταβλητή “ΠΧΔ” και τη “ΔΕΠΥ” και μπορεί να την επηρεάσει εν μέρει.

Ακόμα, είναι σημαντικό να λεχθεί ότι μέσα από τη διαδικασία της παλινδρόμησης, βρέθηκε πως στη σχέση “ΔΕΠΥ” με “ΠΧΔ”, την “ΠΧΔ” μπορούσε να προβλέψει κυρίως η “Απροσεξία” και δευτερευόντως η “Κατάθλιψη”. Η Κατάθλιψη, λοιπόν, φαίνεται να είναι ο δεύτερος κυριότερος προβλεπτικός παράγοντας της ΠΧΔ.

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν να συμφωνούν με τη διεθνή βιβλιογραφία. Πολλές έρευνες δείχνουν ότι η Κατάθλιψη συμβάλει στη σχέση της “ΔΕΠΥ” όσο με την “ΠΧΔ” (Anastopoulos et al., 2018. Eck, Morse, & Flory 2015. Liu et al., 2018. Oddo, Knouse, Surman & Safren, 2018. Roma et al., 2018. Ryu, Lee, Choi, et al., 2018. Vries et al., 2018).

Παρατηρείται, ότι ο συνδυασμός Κατάθλιψης με ΔΕΠΥ δημιουργεί μεγαλύτερες επιπτώσεις στους ασθενείς. Ειδικά, ασθενείς με συνυπάρχουσα Κατάθλιψη και ΔΕΠΥ έχουν μεγαλύτερα επίπεδα μείωσης της δραστηριότητας τους από εκείνα με την εμφάνιση μιας μόνο διαταραχής. Επιπλέον, νέοι με Κατάθλιψη/ΔΕΠΥ διατρέχουν υψηλότερο κίνδυνο υποτροπών σε σχέση με νέους που έχουν μόνο μία από αυτές (Roma et al., 2018. Vries et al., 2018).

Σχετικά με την ΠΧΔ, η σχέση της με την Κατάθλιψη είναι μια σχέση αλληλεπίδρασης. Συγκεκριμένα, άτομα που κάνουν ΠΧΔ, είναι πιθανό να εμφανίσουν συμπτώματα Κατάθλιψης. Αλλά και το αντίστροφο, καταθλιπτικά άτομα να εμφανίσουν μια έντονη- παθολογική ενασχόληση με το Διαδίκτυο.

Όσον αφορά την ΠΧΔ, έρευνες δείχνουν ότι η Κατάθλιψη αποτελεί έναν από τους ψυχολογικούς παράγοντες που σχετίζονται μαζί της (Eck, Morse, & Flory, 2015. Oddo, Knouse, Surman & Safren, 2018). Η Κατάθλιψη είναι μια διαταραχή που είναι συχνά συνυφασμένη με την ΠΧΔ. Νέοι ενήλικες με συμπτώματα Κατάθλιψης, τείνουν να κάνουν έντονη χρήση του Διαδικτύου με σκοπό να αποφεύγουν τα αρνητικά συναισθήματα, τις δυσκολίες της καθημερινότητας τους και να αναζητούν συναισθηματική υποστήριξη μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης (Anagnostopoulos et al., 2018. Boadie, Wu, & Helms, 2018. Eck, Morse, & Flory, 2015. Oddo, Knouse, Surman & Safren, 2018. Ryu et al., 2018). Επιπλέον, ενήλικες, οι οποίοι είναι εθισμένοι στο Διαδίκτυο και συγκεκριμένα στα τυχερά παιχνίδια που αυτό προσφέρει, έχουν την τάση να είναι πιο καταθλιπτικοί από όσους χρησιμοποιούσαν τα παιχνίδια αυτά με κάποιο μέτρο (Ryu et al., 2018).

Παρατηρείται, λοιπόν, ότι η Κατάθλιψη σχετίζεται τόσο με τη ΔΕΠΥ όσο και με την ΠΧΔ. Ο λόγος της σχέσης της Κατάθλιψης με την ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ, σχετίζεται με τη φύση των συμπτωμάτων και της πιθανής συννοσηρότητας των διαταραχών αυτών. Φαίνεται ότι άτομα με πεσμένη διάθεση, έλλειψη ευχαρίστησης, δυσκολίες στον ύπνο και άλλα συμπτώματα, μπορεί να έχουν συμπτώματα ΔΕΠΥ, αλλά και συμπτώματα εθισμού στον ηλεκτρονικό ιστοχώρο. Η

Κατάθλιψη πολλές φορές συννοσηρεί με την ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ, γεγονός που ενισχύει την ύπαρξη σχέσης με αυτές τις διαταραχές.

Πέρα όμως από τη συννοσηρότητα της Κατάθλιψης με τη ΔΕΠΥ και την ΠΧΔ, φαίνεται ότι η Κατάθλιψη επιδρά και στην μεταξύ τους σχέση. Σύμφωνα με τους Ha et al., (2007) κατά την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ΔΕΠΥ και ΠΧΔ, φάνηκε ότι πιθανά συμπτώματα Κατάθλιψης των συμμετεχόντων, όπως αρνητική διάθεση, έλλειψη ευχαρίστησης και όρεξης για ζωή, συνέβαλάν στη σχέση αυτή. Επιπλέον, το γεγονός ότι η Κατάθλιψη δείχνει να συμβάλει σε αυτή τη σχέση της ΔΕΠΥ με την ΠΧΔ, μπορεί να οφείλεται στο ότι ενήλικες με στοιχεία ΔΕΠΥ μπορεί να είναι περισσότερο ευάλωτοι στο Διαδίκτυο όταν παρουσιάζουν συμπτώματα Κατάθλιψης.

Την αιτιολογία αυτή έρχεται να στηρίξει η βηματική πολλαπλή παλινδρόμηση της παρούσας έρευνας. Σύμφωνα με αυτό, στη σχέση ΔΕΠΥ με ΠΧΔ, την ΠΧΔ μπορούσε να προβλέψει κυρίως η Απροσεξία και δευτερευόντως η Κατάθλιψη. Ενήλικες με στοιχεία ΔΕΠΥ και συγκεκριμένα συμπτώματα Απροσεξίας και Κατάθλιψης μπορεί να είναι πιο επιρρεπείς στην ΠΧΔ.

Σύνοψη συμπερασμάτων

Οι ερευνητικοί στόχοι της έρευνας, φαίνεται ότι καλύφθηκαν σύμφωνα με τα αποτελέσματα της. Συγκεκριμένα, μέσα από την παρούσα μελέτη φάνηκε ότι δεν υπάρχουν διαφορές ανάμεσα στους άνδρες και στις γυναίκες της έρευνας. Επιπλέον ο παράγοντας ηλικία δεν έπαιξε κάποιο ρόλο στη σχέση ανάμεσα στις μεταβλητές “ΔΕΠΥ” και “ΠΧΔ”. Όσον αφορά τις συσχετίσεις της έρευνας, φάνηκε ότι η ΔΕΠΥ παρουσιάζει μια σημαντική θετική συσχέτιση με την ΠΧΔ. Ακόμα, η ΠΧΔ συσχετίζεται θετικά με τη ΔΕΠΥ και τις υποκλίμακες του ερωτηματολογίου IDAA (Απροσεξία, Υπερκινητικότητα, Παρορμητικότητα). Μεγαλύτερη είναι η συσχέτιση της ΠΧΔ με την υποκλίμακα της Απροσεξίας. Τέλος, φάνηκε ότι κυρίως η Απροσεξία και μετά η Κατάθλιψη αποτελούν προβλεπτικούς παράγοντες της ΠΧΔ. Αυτό μπορεί να συμβαίνει, καθώς η μορφή της ΔΕΠΥ στον ενήλικο πληθυσμό εμφανίζεται κυρίως με την διάσταση Απροσεξία και λιγότερο με την διάσταση Παρορμητικότητα/Υπερκινητικότητα. Ενήλικες με στοιχεία ΔΕΠΥ, φαίνεται να εμφανίζουν περισσότερα συμπτώματα Απροσεξίας σε σχέση με τις άλλες διαστάσεις της διαταραχής. Επομένως, ίσως για αυτόν τον λόγο στην παρούσα έρευνα η διάσταση Απροσεξία προβλέπει καλύτερα την ΠΧΔ.

Ενήλικες, λοιπόν, με ΔΕΠΥ μπορεί να κάνουν χρήση του Διαδικτύου, με έναν παθολογικό, θα λέγαμε, τρόπο. Τα άτομα αυτά, είναι δυνατόν να αφιερώνουν ώρες ολόκληρες στον πλασματικό αυτό κόσμο, χάνοντας με αυτόν τον τρόπο πολύτιμο χρόνο από τον πραγματικό κόσμο και τις καθημερινές τους δραστηριότητες. Τα συμπτώματα της διαταραχής που έχουν, τους βοηθούν και φαίνεται να τους ωθούν για ολοένα και περισσότερη ενασχόληση με το Διαδίκτυο. Τα ίδια κάνουν το άτομο με στοιχεία ΔΕΠΥ να είναι πιο ευάλωτο στον εθισμό μέσα στο Διαδίκτυο, λόγω της φύσης τους.

Ενήλικες με ΔΕΠΥ, καταφεύγουν στον ηλεκτρονικό ιστοχώρο, με σκοπό να κρύψουν και να κατευνάσουν τα συμπτώματα ΔΕΠΥ που τα ίδια διαθέτουν Dalbudak & Evren, (2014). Η

Απροσεξία, η Υπερκινητικότητα και η Παρορμητικότητα τους δεν είναι τόσο έντονες στο Διαδίκτυο, όπως και η ντροπή που νιώθει εξαιτίας τους το άτομο. Το σύμπτωμα της Απροσεξίας, ειδικά, είναι αυτό που κυριαρχεί στον εθισμό τους στο Διαδίκτυο και αποτελεί έναν σημαντικό προβλεπτικό παράγοντα του. Το Διαδίκτυο δείχνει να μειώνει την ισχύ της Απροσεξίας και των άλλων συμπτωμάτων, μέσα από τις διαδραστικές και στοχευμένες εφαρμογές του.

Πέρα όμως από την Απροσεξία, άτομα τα οποία έχουν και συμπτώματα Κατάθλιψης φαίνεται να είναι ευάλωτα στην ΠΧΔ. Τα άτομα αυτά πιθανόν καταφεύγουν στο Διαδίκτυο, με σκοπό να αποφεύγουν τα αρνητικά συναισθήματα, τις δυσκολίες της καθημερινότητας τους και να αναζητούν συναισθηματική υποστήριξη μέσω των μέσων κοινωνικής δικτύωσης. Σε δεύτερο βαθμό, λοιπόν, η Κατάθλιψη προβλέπει με τη σειρά της την ΠΧΔ του ατόμου με ΔΕΠΥ.

Τα αποτελέσματα αυτά, είναι δυνατόν να συμβάλλουν στην πρόληψη αλλά και στην επιλογή των κατάλληλων θεραπευτικών παρεμβάσεων για τους ενήλικες με ΔΕΠΥ που εμφανίζουν συμπτώματα ΠΧΔ. Για την θεραπευτική παρέμβαση μπορούν να χρησιμοποιηθούν συνδυαστικά παρεμβάσεις που εφαρμόζονται σε ασθενείς με ΔΕΠΥ και σε ασθενείς ΠΧΔ. Σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ως καλύτερη δυνατή θεραπευτική παρέμβαση μπορεί να χρησιμοποιηθεί η Γνωστική-Συμπεριφορική Ψυχοθεραπείας, που εντοπίζεται θεραπευτικά και στις δύο διαταραχές, αλλά και οι θεραπευτικές διαδικασίες που εφαρμόζονται σε διάφορες εξαρτήσεις (Torgersen, et al., 2008).

Κεφάλαιο 9. Περιορισμοί και προτάσεις για μελλοντική έρευνα

Η παρούσα έρευνα διαθέτει κάποιους περιορισμούς, οι οποίοι αφορούν την φύση και το περιεχόμενο της.

Ένας περιορισμός της έρευνας αρχικά, είναι το δείγμα της έρευνας, το οποίο αποτελείται από φοιτητές, που αποτελούν ένα δείγμα με νεαρή ηλικία. Έτσι τα ευρήματα της έρευνας πρέπει να αντιμετωπίζονται με προσοχή όταν εξετάζονται μεγαλύτεροι ενήλικες και επίσης, δεν μπορούν να γενικευτούν και σε άλλες ηλικιακές ομάδες.

Περιορισμός είναι η ανάγκη για έρευνες σε κλινικό δείγμα, σε άτομα δηλαδή που έχουν διεγνωσθεί με ΔΕΠΥ, με σκοπό να δούμε ποια είναι η σύνδεση της ΔΕΠΥ με την ΠΧΔ σε διεγνωσμένους ασθενείς με ΔΕΠΥ.

Η παρούσα έρευνα μπορεί να αξιοποιηθεί από επαγγελματίες ψυχικής υγείας, ψυχιάτρους, κοινωνικούς ψυχολόγους, κοινωνικούς λειτουργούς, από άτομα που εργάζονται στο χώρο της ειδικής αγωγής, δασκάλους ειδικής αγωγής και από τα ίδια τα άτομα με ΔΕΠΥ. Τα άτομα αυτά έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιήσουν την έρευνα για προσωπική ενημέρωση, για προσωπική βελτίωση, στην εργασία τους ως βοήθημα και για την πραγματοποίηση διαφόρων ερευνών. Η συγκεκριμένη έρευνα μπορεί να βοηθήσει σημαντική στην ενημέρωση αλλά και στην πρόληψη και επιλογή των κατάλληλων θεραπευτικών μεθόδων για τα άτομα με ΔΕΠΥ.

Προτάσεις για μελλοντική έρευνα η διεξαγωγή ποσοτικών ερευνών με μεγαλύτερο δείγμα ατόμων αλλά και ερευνών με κλινικό δείγμα ατόμων. Επιπλέον, μπορούν να διεξαχθούν ποιοτικές έρευνες- έρευνες πεδίου, οι οποίες θα βοηθήσουν να παρατεθεί η προσωπική άποψη των ατόμων με στοιχεία ΔΕΠΥ, αλλά και των κοντινών τους ατόμων, μέσα από προσωπικές συνεντεύξεις.

Η συγκεκριμένη μελέτη βοηθά, λοιπόν, στην κατανόηση της σχέσης ανάμεσα στην ΔΕΠΥ, την ΠΧΔ και την Κατάθλιψη. Η ίδια έδειξε την ύπαρξη της σχέσης αυτής, τονίζοντας ως κύριο παράγοντα πρόβλεψης της την Απροσεξία και δευτερευόντως την Κατάθλιψη. Η έρευνα αυτή

μπορεί να αποτελέσει έναυσμα για επιπλέον έρευνες σε αυτό τον τομέα. Οι έρευνες αυτές είναι ωφέλιμες, τόσο για τα άτομα με στοιχεία ΔΕΠΥ, όσο και για τους ειδικούς ψυχικής υγείας. Μέσα από αυτές μπορεί να επιτευχθεί η πρόληψη και η χρήση κατάλληλων μεθόδων για τη θεραπεία των ατόμων αυτών. Είναι, συμπερασματικά , αναγκαία η περαιτέρω μελέτη όσον αφορά τη σχέση των δύο αυτών μεταβλητών.

Βιβλιογραφικές Αναφορές

Anastopoulos, A. D., DuPaul, G. J., Weyandt, L. L., Morrissey- Kane, E., Sommer, J. L., Rhoads, L. H., Murphy, K. R., Gormley, M. J. & Gudmundsdottir, B. G. (2018). Rates and Patterns of Comorbidity Among First- Year College Students With ADHD. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47, 236-247.

Arrizabalaga-Crespo, C., Aierbe-Barandiaran, A. & Medrano-Samaniego, C. (2010). Internet Uses and parental mediation in adolescents with ADHD. *Revista Latina de Comunicacion Social*, 65, 561-571.

Barkley, A., Murphy, S. & Fischer. (2010). ADHD in Adults: What the science says. *The Guilford Press*, 5, 1-10.

Beck, J. (2011). *Cognitive Behavior Therapy. Basics and Beyond*. New York: The Guilford Press.

Biederman, J., Faraone, S., Spencer, J., Mick, E., Monuteaux, M., Aleardi, M. (2006). Functional Impairments in Adults With Self-Reports of Diagnosed ADHD: A Controlled Study of 1001 Adults in the Community. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 524-540.

Biederman, J. (2011). The course and persistence of ADHD throughout the life-cycle. ADHD in Adults: Characterization, Diagnosis, and Treatment. *Journal of Psychiatry*, 2, 1-10.

Boadie, W. D., Wu, R. & Helms, K. (2018). Performance of the Adult ADHD Self-Report Scale-v1.1 in Adults with Major Depressive Disorder, *Behavior Sciences*, 8, 1-14.

Bothén, P., & Nordström, A.-L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 175–185

Boyd, D. M. & Ellison, N. B. (2008). Social network sites: Definition, History and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13, 210-230.

Brenner, V. (1997). Psychology of computer use: XLVII. Parameters of internet use, abuse and addiction: The first 90 days of the internet usage survey. *Psychological Reports*, 80, 879-882.

Caci, H. M., Morin, A.J. & Tran, A., (2014). Prevalence and correlates of attention deficit hyperactivity disorder in adults from a French community sample. *J. Nerv. Ment. Dis.*, 202, 324–332.

Cao, F., Su, L., Liu, T., Gao, X. (2007). The relationship between impulsivity and Internet addiction in a sample of Chinese adolescents. *Eur. Psychiatry*, 22, 466–471.

Carli, V., Durkee, T., Wasserman, D., Hadlaczky, G., Despalins, R., Kramarz, E. et al. (2012). The association between pathological Internet use and comorbid psychopathology: a systematic review. *Psychopathology*, 46, 1-13.

Chao, C., Gau, S., Mao, W., Shyu, J., Chen, Y. & Yen, C. (2008). Relationship of attention-deficit–hyperactivity disorder symptoms, depressive/anxiety symptoms, and life quality in young men. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 421-426.

Chao, C. Y., Gau, S. S. F., Mao, W. C., Shyu, J. F., Chen, Y. C. & Yeh, C. B. (2008). Relationship of attention-deficit–hyperactivity disorder symptoms, depressive/anxiety symptoms, and life quality in young men. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 421-426.

Chou, W. J., Liu, T. L., Yang, P., Yen, C. F. & Hu, H. F. (2015). Multi-dimensional correlates of Internet addiction symptoms in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*, 225, 122-128.

Creemers, D. H.M, Scholte, R. H.J, Engels, R. C.M.E., Prinsterin, M. J. & Wiers, R. W. (2012). Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 638-646.

Dalbudak, E. & Evren, C. (2014). The relationship of Internet addiction severity with Attention Deficit Hyperactivity Disorder symptoms in Turkish University students; impact of personality traits, depression and anxiety. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 497-503.

Dalbudak, E., Evren, C., Aldemir, S., Coskun, K. S., Ugurlu, H. & Yildirim, F. G. (2013). Relationship of internet addiction severity with depression, anxiety, and alexithymia, temperament and character in university students. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 16, 272-278.

Davis, W., B. (2018). *A Clinician's Guide*. Springer.

Diamond, A. (2005). Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): a neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). *Dev. Psychopathol.*, 17, 1-10.

Donfrancesco, R., Di Trani, M., Porfirio, M.C., Giana, G., Miano, S., Andriola, E. (2015). Might the temperament be a bias in clinical study on attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD)? Novelty Seeking dimension as a core feature of ADHD. *Psychiatry Res.*, 227, 333–338.

Dong, G., Wang, J., Yang, X. & Zhou, H. (2012). Risk personality traits of Internet addiction: a longitudinal study of Internet–addicted Chinese university students. *Asia Pac Psychiatry*, 4, 1-10.

DSM-5-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (2013). American Psychiatric Association. New School Library, London: England.

Durkee, T., Kaess, M., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C., Floderus, B. et al. (2012). Prevalence of pathological internet use among adolescents in Europe: demographic and social factors. *Addiction*, 107, 2210-2222.

Ebeling-Witte, S., Frank, M. L. & Lester, D. (2007). Shyness, internet use, and personality. *Cyberpsychol Behav*, 10, 713-716.

Eck, K. V., Morse, M. & Flory, K. (2015). The Role of Body Image in the Link Between ADHD and Depression Symptoms Among College Students. *Journal of Attention Disorders*, 22, 435-445.

Ελληνική Στατιστική Αρχή. (2015). Δελτίο Τύπου: έρευνα χρήσης τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνίας από νοικοκυριά και άτομα – 2015. Βαθμός χρήσης νέων τεχνολογιών.

Faraone, S. V. & Biederman, J. (2005). What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. *J Atten Disord*, 9, 384–391.

Fischer, A. G., Bau, C. H., Grevet, E. H. et al. (2007). The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD. *J. Psychiatr. Res*, 41, 991-996.

Garcia, C., Bau, C., Silva, K., Callegari-Jacques, S., Salgado, C., Fischer, A., Victor, M., Sousa, N., Karam, R., Rohde, L. (2012). The burdened life of adults with ADHD: impairment beyond comorbidity. *Eur. Psychiatry*, 27, 309–313.

Ha, J.H., Kim, S. Y., Bae, S. C., Bae, S., Kim, H., Sim, M. et al. (2007). Depression and Internet addiction in adolescents. *Psychopathology*, 40, 424-430.

Kaess, M., Durkee, T., Brunner, R., Carli, V., Parzer, P., Wasserman, C. Et all. (2014). Pathological Internet use among European adolescents: psychopathology and self-destructive behaviours. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 23, 1093-1102.

Kahraman, O. & Demirci, E. O. (2018). Internet addiction and attention-deficit–hyperactivity disorder: Effects of anxiety, depression and self-esteem. *Pediatrics International*, 60, 529-534.

Κάκουρος, Δ. (2001). *Το Υπερκινητικό Παιδί. Οι δυσκολίες του στη μάθηση και στη συμπεριφορά*. Εκδ. Ελληνικά Γράμματα.

Καλαντζή – Αζίζι, Α. & Καραδήμας, Ε.Χ. (2004). *Διάσπαση προσοχής και αδυναμία ελέγχου των παρορμήσεων από τον απρόσεκτο μαθητή ως την διαταραχή ελλειμματικής προσοχής – υπερκινητικότητα*. Στο Καλαντζή – Αζίζι, Α. & Ζαφειροπούλου, Μ. (επιμ.). Προσαρμογή στο σχολείο. Πρόληψη και αντιμετώπιση δυσκολιών. Αθήνα: Ελληνικά Γράμματα.

Katie, N., Griffiths, M. & Banyard, P. (2005). Prevalence of Pathological Internet Use among University Students and Correlations with Self-Esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and Disinhibition. *CyberPsychology & Behavior*, 8, 562-571.

ΚΕΘΕΑ. (2015). *Ποια είναι τα σημάδια ανησυχίας για πιθανή προβληματική χρήση του διαδικτύου;* Ανακτήθηκε από, <http://www.kethea.gr/FAQ/tabid/72/language/el-GR/Default.aspx?QuestionID=23&AFMID=524>.

Kessler, R., Adler, L., Gruber, M., Sarawate, C., Spencer, T., & Van Brunt, D. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16, 52–65.

Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., Chen, C. S. & Chen, C. C. (2012). The association between Internet addiction and psychiatric disorder: a review of the literature. *Eur Psychiatry*, 27, 1-8.

Kooij, J. J, Buitelaar, J. K, van den Oord, E. J, Furer, J. W, Rijnders, C. A & Houdiamont, P. P. (2005). Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychol Med*, 35, 817–827.

Li, W., Zhang, W., Xiao, L. & Nie, J. (2016). The association of Internet addiction symptoms with impulsiveness, loneliness, novelty seeking and behavioral inhibition system among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Psychiatry Research*, 243, 357-364.

Liu, L., Yao, Y. W., Li, C. R., Zhang, J. T., Xia, C. C., Lan, J., Ma, S. S., Zhou, N. & Fang, X. Y. (2018). The Comorbidity Between Internet Gaming Disorder and Depression: Interrelationship and Neural Mechanisms. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1-10.

Lovibond, P. F. & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavior Research and Therapy*, 33, 335-343.

Lyrakos, N. G., Arvaniti, C., Smyrnioti, M. & Kostopanagiotou, G. (2011). Translation and validation study of the Depression Anxiety Stress Scale in the Greek general population and in a psychiatric patient's sample. *European Psychiatry*, 26, 1731.

Μαραγκού, Ε. (2015). *Η σχέση του Facebook ως Σελίδας Κοινωνικής Δικτύωσης με το αίσθημα Μοναξιάς και την Αυτοεκτίμηση*. Αδημοσίευτη διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Μαραγκού, Ε., Σίμος, Γ. & Κατσικίδου, Μ. (2015). *Παθολογική χρήση του διαδικτύου και αγχώδης/καταθλιπτική ψυχοπαθολογία*, Στρόγγυλο τραπέζι 23ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 23-26 Απριλίου 2015, Λάρισα.

Malloy-Diniz, L., Fuentes, D., Leite, W.B., Correa, H., Bechara, A. (2007). Impulsive behavior in adults with attention deficit/hyperactivity disorder: characterization of attentional, motor and cognitive impulsiveness. *J. Int. Neuropsychol. Soc.*, 13, 693–698.

Mazhari, S. (2012). Association between problematic Internet use and impulse control disorders among Iranian university students. *Cyberpsychol. Behav. Soc. Netw.*, 15, 270–273.

McGough, J. J., Smalley, S.L., McCracken, J. T. et al. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: Findings from multiplex families. *Am. J. Psychiatry*, 162, 1621-1627.

Mohamed, S. M., Borger, N. A., Geuze, R. H. & van der Meere, J. J., (2015). Brain lateralization and self-reported symptoms of ADHD in a population sample of adults: a dimensional approach. *Front. Psychol.* 6, 1418.

Mohd Isa, S. Hashim, A. H., Kaur, M. & Ng, C. G. (2016). Internet Addiction among Adolescents in Malaysia: The Prevalence and its Association with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) Symptoms. *MJP Online Early*, 1, 1-16.

Montagni, I., Guichard, E & Kurth, T., (2016). Association of screen time with self-perceived attention problems and hyperactivity levels in French students: a cross-sectional study. *BMJ Open.*, 6.

Morahan-Martin, J. & Shumacher, P. (2000). Incidence and correlates of pathological Internet use among college students. *Science Direct*, 16, 13-29.

Murali, V. & George, S. (2007) Lost online: An overview of Internet addiction. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13, 24-30.

Niemz, K., Griffiths, M. & Banyar, P. (2005). Prevalence of Pathological Internet Use among University Students and Correlations with Self-Esteem, the General Health Questionnaire (GHQ), and Disinhibition. *Cyber Psychology & Behavior*, 8, 562-571.

Normand, S. et al. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the Challenges of Close Friendship. *Journal of the Canadian Academy of child and adolescent psychiatry*, 16, 67 -73.

Nouriani, B. & Spiegel, D. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality*, 40, 1054–1085.

Nussbaum, N., & Bigler, E. (1990). *Identification and Treatment of Attention Deficit Disorder*. Texas: Pro- ed.

Oddo, L. E., Knouse, L. E., Surman, C. B. & Safren, S. A. (2018). Investigating Resilience to Depression in Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 22, 497-505.

Παπαγεωργίου, Β. (2005). *Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής- Υπερκινητικότητα*. Στο: Β. Παπαγεωργίου (Εκδ.) *Ψυχιατρική Παιδιών και Εθίβων*. University Studio Press, Θεσσαλονίκη. σελ. 142-148.

Πεγλιβανίδης, Α. (2012). Η εμπειρία από τη μελέτη της διαταραχής ελλειμματικής προσοχής- υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) ενηλίκων στην Ελλάδα. *Ψυχιατρική*, 23, 60–65.

Πεγλιβανίδης, Α., Σπυροπούλου, Α., Γαλανόπουλος, Α., Παπαχρήστου, Χ. Α. & Παπαδημητρίου, Γ. Ν. (2012). Διαταραχή ελλειμματικής προσοχής υπερκινητικότητας (ΔΕΠΥ) στους ενήλικες. Κλινική αναγνώριση, διάγνωση και θεραπευτικές παρεμβάσεις. *Archives of Hellenic Medicine*, 29, 562-576.

Riecher-Rossler, A. & Steiner, M. (2010). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Adults. *Key Issues in Mental Health*, 176, 1-32.

Roesler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Thome, J., Supprian, T., Nissen, T., Stieglitz, R. D., Blocher, D., Hengesch, G. & Trott, G. E. (2003). Instrumente zur Diagnose der Adulten ADHS. *Der Nervenarzt*, 75, 888-895.

Roma, P., Ricci, F., Kotzalidis, G., Guidarelli, B., Pancheri, C., Mazza, C., Cinti, M. E., Burla, F. & Ferracuti, S. (2019). Psychopathology and personality in problematic internet users. *Riv Psichiatr*, 54, 24-30.

Ryu, H., Lee, J. Y., Choi, A., Park, S., Kim, D. J. & Choi, J. S. (2018). The Relationship between Impulsivity and Internet Gaming Disorder in Young Adults: Mediating Effects of Interpersonal Relationships and Depression. *Environmental Research and Public Health*, 15, 1-11.

Sadock, B. J. (2007). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences. *Clinical psychiatry*, 3, 1-10.

Safren, S. A., Otto, M. W., Sprich, S., Winett, C. L., Wilens, T. E. & Biederman, J. (2005). Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. *Behav. Res. Ther.*, 43, 831-842.

Sariyska, R., Reuter, M., Lachmann, B. & Montag, C. (2015). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder is a Better Predictor for Problematic Internet use than Depression: Evidence from Germany. *Journal of Addiction Research & Therapy*, 6, 1-6.

Shaw, L. H. & Gant, L. M. (2002). In Defense of the Internet: The Relationship between Internet Communication and Depression, Loneliness, Self-Esteem, and Perceived Social Support. *Cyber Psychology & Behavior*, 5, 156-172.

Schuch, J. J., Roest, A. M., Nolen, W. A., Penninx, B. W. & de Jonge, P., (2014). Gender differences in major depressive disorder: results from the Netherlands study of depression and anxiety. *J. Affect. Disord.* 156, 156–163.

Σίμος, Γ., Μαραγκού, Ε. & Παύλοβα, Ο. (2015). *Παθολογική χρήση του διαδικτύου και κοινωνικό άγχος*, Στρόγγυλο τραπέζι 23ο Πανελλήνιο Συνέδριο Ψυχιατρικής, 23-26 Απριλίου 2015, Λάρισα .

Σιώμος, Κ. (2012). *Διαταραχή Εθισμού στο Διαδίκτυο: Νεώτερα Ελληνικά και Διεθνή Δεδομένα*. Πρακτικά του 1ου Συνεδρίου για την Ασφαλή Πλοήγηση στο Διαδίκτυο (σελ.: 30 – 34). Αθήνα 8 Φεβρουαρίου 2012. Αθήνα: Υποδιεύθυνση Δίωξης Ηλεκτρονικού Εγκλήματος.

Σοφianoπούλου, Α. Β. (2007). *Η Διαταραχή Ελλειμματικής Προσοχής/ Υπερκινητικότητα, τα χαρακτηριστικά της Ιδιοσυγκρασίας κατά Ρανλον και οι Ικανότητες Μελέτης στο Φοιτητικό Πληθυσμό*. Αδημοσίευτη Διπλωματική εργασία. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο.

Sripada, C. S., Kessler, D., & Angstadt, M. (2014). Lag in maturation of the brain's intrinsic functional architecture in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111, 14259–14264.

Stickley, A., Koyanagi, A., Takahashi, H., Ruchkin, V. & Kamio, Y., (2017). Attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and loneliness among adults in the general population. *Res. Dev. Disabil.* 62, 115–123.

Ten Have, M., Verheul, R., Kaasenbrood, A., van Dorsselaer, S., Tuithof, M. & Kleinjan, M., de Graaf, R., (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry*, 16, 249.

Treuer, T., Fábíán, Z., Füredi, J. (2001). Internet addiction associated with features of impulse control disorder: is it a real psychiatric disorder? *J. Affect. Disord.* 66, 283.

Φιλιόγλου, Μ., & Αγγέλη, Κ. (2016). Θεραπευτικές προσεγγίσεις στον Εθισμό στο Διαδίκτυο: Βιβλιογραφική ανασκόπηση. *Γνωσιακή-Συμπεριφοριστική Έρευνα και Θεραπεία*, 1, 29-40.

Vogel, S. W. N., Have, M., Bijlenga, D., Graaf, R., Beekman, A. T. F. & Kooij, J. J. S. (2018). Distribution of ADHD symptoms, and associated comorbidity, exposure to risk factors and disability: Results from a general population study. *Psychiatry Research*, 267, 256-265.

Vries, H., Nakamae, T., Fukui, K., Denys, D. & Narumoto, J. (2018). Problematic internet use and psychiatric co-morbidity in a population of Japanese adult psychiatric patients. *BMC Psychiatry*, 18, 1-10.

Weiss, M. D., Baer, S., Allan, B. A., Saran, K. & Schibuk, H. (2011). The screens culture: impact on ADHD. *ADHD*, 3, 327-334.

Weiss, M., Hechtman, L. T., & Weiss, G. (1999). *ADHD in adulthood*. Baltimore: John. Hopkins Press.

Χολέβα, Β., Παρπλάνη, Ε., Μποζίκας, Β.-Π. & Φωκάς, Κ. (2016). *Εγχειρίδιο κλινικής εκπαίδευσης στην ψυχική υγεία*. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Yan, W., Li, Y. & Sui, N. (2013). The relationship between recent stressful life events, personality traits, perceived family functioning and Internet addiction among college students. *Stress Health*, 1, 1-12.

Yen, C. F., Ko, C. H., Yen, J. Y., Chang, Y. P., Cheng, C.m P., (2009). Multi-dimensional discriminative factors for Internet addiction among adolescents regarding gender and age. *Psychiatry Clin. Neurosci.* 63, 357–364.

Yoo, H. J., Cho, S. C., Ha, J., Yune, S. K., Kim, S. J., Hwang, J. et al. (2004). Attention deficit hyperactivity symptoms and Internet addiction. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58, 487-94.

Young, K. S. (1996). Psychology of computer use: XL. Addictive use of the Internet: A case that breaks the stereotype. *Psychological Reports*, 79, 899-902.

Young, S., Gudjonsson, G., Ball, S., Lam, J. (2010). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in personality disordered offenders and the association with disruptive behavioural problems. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. 14, 491-505.

Young S., Newland J. (2002). "Attention deficit hyperactivity disorder and mild learning disabilities: A Case Study". *British Journal of Learning Disabilities*, 30, 73-77.

Zhou, Z. H., Yuan, G. Z., Yao, J. J., Li, C. & Cheng, Z. H. (2010). An event-related potential investigation of deficient inhibitory control in individuals with pathological Internet use. *Acta Neuropsychiatra*, 22, 228-236.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο IDAA

Ακολουθούν ορισμένες ερωτήσεις που περιγράφουν την ικανότητά σας να συγκεντρώνεστε, την ανάγκη να βρίσκεστε σε κίνηση και τη νευρική κατάσταση, όπως αυτά παρουσιάζονται συνήθως στην καθημερινότητά σας. Σας ζητούμε να αξιολογήσετε κάθε μία από τις ερωτήσεις που ακολουθούν ανάλογα με το πόσο συχνά εμφανίζονται οι καταστάσεις που περιγράφονται. Εάν η πρόταση δεν ισχύει για εσάς, σημειώστε δίπλα της «ποτέ». Εάν όμως πιστεύετε ότι ισχύει, καλείστε να αναφέρετε πόσο συχνά εμφανίζεται η κατάσταση που περιγράφεται (σπάνια, συχνά, σχεδόν πάντα). Παρακαλούμε να σημειώσετε σε κάθε ερώτημα το αντίστοιχο κουτάκι, χωρίς να αφήσετε κάποια ερώτηση αναπάντητη.

Παράδειγμα:

	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Σχεδόν πάντα
Δεν προσέχω λεπτομέρειες ή κάνω λάθη απροσεξίας όταν εργάζομαι	0	1	2	3
Η απάντηση «3» σημαίνει ότι εμφανίζετε σε μεγάλο βαθμό την κατάσταση που περιγράφεται και ότι σχεδόν πάντοτε δεν προσέχετε λεπτομέρειες και κάνετε λάθη απροσεξίας.				

	Ποτέ	Σπάνια	Συχνά	Σχεδόν πάντα
1. Δεν προσέχω λεπτομέρειες ή κάνω λάθη απροσεξίας όταν εργάζομαι	0	1	2	3
2. Μου είναι δύσκολο να παραμείνω συγκεντρωμένος όταν εργάζομαι ή όταν ασχολούμαι με άλλες δραστηριότητες (π.χ. διάβασμα, τηλεόραση, παιχνίδια)	0	1	2	3
3. Δεν ακούω προσεκτικά όταν κάποιος μου μιλάει	0	1	2	3
4. Δυσκολεύομαι να διεκπεραιώσω καθήκοντα στην εργασία μου με τον τρόπο που μου υποδεικνύεται	0	1	2	3
5. Δυσκολεύομαι να οργανώσω projects, εργασίες ή άλλες δραστηριότητες.	0	1	2	3
6. Προσπαθώ να αποφεύγω δραστηριότητες που απαιτούν πνευματική προσπάθεια. Οι εργασίες αυτές δε μου αρέσουν ή αντιδρώ στην εκτέλεσή τους.	0	1	2	3
7. Χάνω σημαντικά αντικείμενα (π.χ. κλειδιά, πορτοφόλι, εργαλεία)	0	1	2	3
8. Αποσπάται εύκολα η προσοχή μου όταν εκτελώ δραστηριότητες	0	1	2	3
9. Ξεχνώ ραντεβού και συναντήσεις, όπως και να ανταποδίδω τηλεφωνήματα	0	1	2	3
10. Είμαι νευρικός	0	1	2	3
11. Δυσκολεύομαι να παραμείνω καθιστός για πολύ ώρα (π.χ. στο σινεμά, το θέατρο)	0	1	2	3
12. Αισθάνομαι ανήσυχος/η	0	1	2	3
13. Δε μπορώ εύκολα να απασχοληθώ με κάτι χωρίς να κάνω πολύ φασαρία	0	1	2	3
14. Είμαι διαρκώς «στην πρίζα»	0	1	2	3
15. Δυσκολεύομαι να περιμένω μέχρι οι άλλοι να ολοκληρώσουν αυτό που λένε. Τους διακόπτω.	0	1	2	3
16. Είμαι ανυπόμονος/η και δε μπορώ να περιμένω μέχρι να έρθει η σειρά μου (π.χ. στα ψώνια)	0	1	2	3
17. Διακόπτω και ενοχλώ τους άλλους όταν ασχολούνται με κάτι	0	1	2	3
18. Μιλώ πολύ ακόμα και όταν κανείς δε θέλει να με ακούει	0	1	2	3
19. Αντιμετώπιζα αυτές τις δυσκολίες ήδη από την παιδική/σχολική ηλικία	0	1	2	3
20. Οι δυσκολίες αυτές εμφανίζονται συνεχώς, όχι μόνο στην εργασία αλλά και σε άλλες καταστάσεις, π.χ. στην οικογένειά μου, με τους φίλους μου, στον ελεύθερο χρόνο μου.	0	1	2	3
21. Οι δυσκολίες αυτές με ταλαιπωρούν	0	1	2	3
22. Οι δυσκολίες αυτές μου έχουν ήδη δημιουργήσει προβλήματα στην εργασία και τις σχέσεις μου με τους άλλους ανθρώπους	0	1	2	3

Παθολογική χρήση του διαδικτύου

Παρακάτω υπάρχει μια σειρά από δηλώσεις που αφορούν τη χρήση του διαδικτύου. Παρακαλώ σημειώστε ΠΟΣΟ ΠΟΛΥ ΙΣΧΥΕΙ η κάθε δήλωση για εσάς. Δεν υπάρχουν σωστές και λάθος απαντήσεις.

		Καθόλου	Λίγο	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
1.	Δεν έχω τσακωθεί με κάποιο σημαντικό για μένα πρόσωπο σε σχέση με το ότι ήμουν συνδεδεμένος στο διαδίκτυο					
2.	Μου έχουν πει ότι ξοδεύω πάρα πολύ χρόνο στο διαδίκτυο					
3.	Αν έχει περάσει κάποιο διάστημα από την τελευταία φορά που συνδέθηκα στο διαδίκτυο, μου είναι δύσκολο να σταματήσω να σκέφτομαι τι θα βρω όταν συνδεθώ					
4.	Η δουλειά μου και/ή η ακαδημαϊκή μου απόδοση δεν έχουν χειροτερεύσει από τότε που άρχισα να μπαίνω στο διαδίκτυο					
5.	Νιώθω ενοχές για το χρόνο που ξοδεύω στο διαδίκτυο					
6.	Συνδέομαι στο διαδίκτυο για να νιώσω καλύτερα όποτε αισθάνομαι στεναχωρημένος ή αγχωμένος					
7.	Έχω προσπαθήσει να ξοδεύω λιγότερο χρόνο στο διαδίκτυο αλλά δεν το έχω καταφέρει					
8.	Έχω συχνά μειώσει το χρόνο που κοιμάμαι για να περνάω περισσότερο χρόνο στο διαδίκτυο					
9.	Συνδέομαι στο διαδίκτυο για να μιλήσω με άλλους τις φορές που νιώθω απομονωμένος					
10.	Έχω απουσιάσει από μαθήματα ή δουλειά εξαιτίας διαδικτυακών δραστηριοτήτων					
11.	Έχω προβλήματα με τον εργοδότη ή τη σχολή μου επειδή συνδέομαι στο διαδίκτυο					
12.	Έχω χάσει κοινωνικές υποχρεώσεις εξαιτίας διαδικτυακών δραστηριοτήτων					
13.	Έχω προσπαθήσει να κρύψω από τους άλλους πόση ώρα είμαι πραγματικά συνδεδεμένος στο διαδίκτυο					

Depression Anxiety Stress Scales (DASS 21)

DASS₂₁

Greek translation and Adaptation

George N. Lyrakos and Chrysa Arvaniti

Όνομα :

Ημερομηνία:

Παρακαλώ διαβάστε κάθε δήλωση και κυκλώστε έναν αριθμό 0 ..1 ..2 ή 3 που προσδιορίζει πόσο η δήλωση σας αντιπροσώπευσε κατά τη διάρκεια της προηγούμενης εβδομάδας. Δεν υπάρχει καμία σωστή ή λανθασμένη απάντηση. Μην ξοδέψετε πάρα πολύ χρόνο σε οποιαδήποτε δήλωση.

Βαθμολογήστε σύμφωνα με την ακόλουθη κλίμακα:

0 Δεν ίσχυσε καθόλου για μένα

1 Ίσχυε για μένα σε έναν ορισμένο βαθμό, ή για μικρό χρονικό διάστημα.

2 Ίσχυε για μένα σε έναν ιδιαίτερο βαθμό, ή για μεγάλο χρονικό διάστημα.

3 Ίσχυε για μένα πάρα πολύ, ή τις περισσότερες φορές.

1 Δεν μπορούσα να ηρεμήσω τον εαυτό μου	0	1	2	3
2 Ένιωθα ότι το στόμα μου ήταν ξηρό	0	1	2	3
3 Δεν μπορούσα να βιώσω κανένα θετικό συναίσθημα	0	1	2	3
4 Δυσκολευόμουν ν' ανασάνω (π.χ., υπερβολικά γρήγορη αναπνοή, κόπωση της ανάσας μου χωρίς να έχω κάνει σωματική προσπάθεια)	0	1	2	3
5 Μου φάνηκε δύσκολο να αναλάβω την πρωτοβουλία να κάνω κάποια πράγματα	0	1	2	3
6 Είχα την τάση να αντιδρώ υπερβολικά στις καταστάσεις που αντιμετώπιζα	0	1	2	3
7 Αισθάνθηκα τρεμούλα (πχ στα χέρια)	0	1	2	3
8 Αισθανόμουν συχνά νευρικότητα	0	1	2	3
9 Ανησυχούσα για τις καταστάσεις στις οποίες θα μπορούσα να πανικοβληθώ και να φανώ ανόητος στους άλλους	0	1	2	3
10 Ένιωσα ότι δεν είχα τίποτα να προσμένω με ενδιαφέρον	0	1	2	3
11 Βρήκα τον εαυτό μου να νιώθει ενοχλημένος	0	1	2	3
12 Μου ήταν δύσκολο να χαλαρώσω	0	1	2	3
13 Ένιωθα μελαγχολικός και απογοητευμένος	0	1	2	3
14 Δεν μπορούσα να ανεχτώ οτιδήποτε με κρατούσε από το να συνεχίσω με αυτό που έκανα	0	1	2	3

15	Ένωσα πολύ κοντά στον πανικό	0	1	2	3
16	Τίποτα δεν μπορούσε να με κάνει να νιώσω ενθουσιασμό	0	1	2	3
17	Ένωσα ότι δεν άξιζα πολύ ως άτομο	0	1	2	3
18	Ένωσα ότι ήμουν αρκετά ευερέθιστος	0	1	2	3
19	Αισθανόμουν την καρδιά μου να χτυπάει χωρίς να έχει προηγηθεί σωματική άσκηση (ταχυπαλμία, αρρυθμία)	0	1	2	3
20	Ένωσα φοβισμένος χωρίς να υπάρχει λόγος	0	1	2	3
21	Ένωσα πως η ζωή δεν είχε νόημα	0	1	2	3